Aus der PSYCHIATRISCHEN UNIVERSITÄTSKLINIK UND POLIKLINIK BERN
(Direktor: Prof. J. KLAESI)
(Arbeiten unter Leitung von P.-D. Dr. WYRSCH)

Die Begutachtung der Schwangerschaftsunterbrechungen

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Würde eines Doctor medicinae

der

UNIVERSITÄT BERN

vorgelegt von

HANS SCHNEIDER

von Seftigen

Zürich 1942

Art. Institut Orell Füssli A.-G.

Aus der PSYCHIATRISCHEN UNIVERSITÄTSKLINIK UND POLIKLINIK BERN
(Direktor: Prof. J. KLAESI)
(Arbeiten unter Leitung von P.-D. Dr. WYRSCH)

Die Begutachtung der Schwangerschaftsunterbrechungen

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Würde eines Doctor medicinae

der

UNIVERSITÄT BERN

vorgelegt von

HANS SCHNEIDER

von Seftigen

Zürich 1942

Art. Institut Orell Füssli A.-G.

Auf Antrag von Herrn Prof. Dr. *J. Klaesi*, von der Medizinischen Fakultät zum Druck als Dissertation genehmigt.

Bern, den 4. März 1942.

Der Dekan der Medizinischen Fakultät:
Prof. Dr. *A. v. Muralt*

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Erschienen im

Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie

Band L, Heft 1 und Band LI, Heft 1

Vorwort.

Es war mir die Aufgabe gestellt, die Begutachtung der Schwangerschaftsunterbrechungen an der Psychiatrischen Klinik und Poliklinik Bern wissenschaftlich zu behandeln. Das Gebiet der vielfältigen Fragestellungen und Antworten über die Probleme der Interruptio graviditatis engt sich auf zwei besonders zu behandelnde Teile ein: Erstens auf die psychiatrische Indikation der Schwangerschaftsunterbrechungen, herausgegriffen aus der Gesamtheit der medizinischen Indikationen, und zweitens auf deren praktische Anwendung in Bern. Allein, um die sich erhebenden Fragen über dieses Gebiet deutlich hervortreten zu lassen, stellen wir unsere Besprechung in den Rahmen einer allgemeinen Übersicht über Geschichte und heutigen Stand der Abtreibungsfrage. Der hippokratische Eid verbot jedem Arzt die Abtreibung. Wandel der Anschauung und größere Erkenntnis haben in der neuen Zeit in allen Kulturstaaten für ganz bestimmte Fälle den Eingriff gestattet. Wir müssen uns aber stets bewußt sein, daß die Beurteilung der Schwangerschaftsfähigkeit eine sehr schwierige und verantwortungsvolle Aufgabe ist, welche in ihrer Bedeutung weit über den einzelnen Fall hinausgeht. Im übrigen ist unser ärztliches Handeln durch das Gesetz geregelt.

Einleitung.

Die Fruchtabtreibung oder der künstliche Abort ist nicht eine Erscheinung der Neuzeit. Gewiß hat der Weltkrieg und haben die Jahre, die ihm folgten, mit all dem sozialen Elend, dem Niedergang, der Verflachung und der Umwertung früherer Werte und Lebensformen die riesige Zunahme der Schwangerschaftsunterbrechungen verschuldet, zu allen Zeiten jedoch und bei allen Völkern bildete der Abortus arteficialis ein wichtiges Problem, das hier aus religiösen und moralischen Gründen, dort aus bevölkerungspolitischem Interesse heraus gesetzlich mehr oder weniger fest geregelt wurde. So sah schon das alte persische Gesetzbuch „Verschidad“ Strafen für Frauen vor, die abtrieben oder Abtreibungen vornahmen. *Plato* gestattete den Hebammen die Schwangerschaftsunterbrechungen, sofern diesen eine

solche nützlich erschien. *Aristoteles* anerkannte eine soziale Indikation. Bei den alten Hebräern war jede Fruchtabtreibung streng verboten, wurde als Kindsmord aufgefaßt und mit dem Tode bestraft. Im alten Rom waren es ebenfalls die Hebammen, die sehr häufig bei vornehmen Damen der Gesellschaft abtreiben mußten, welche aus Furcht vor dem „Verlust der Grazie" keine Kinder mehr gebären wollten. Das ältere römische Recht überließ die Ahndung der Abtreibung noch der hausväterlichen Gewalt und der zensorischen Rüge. Eine staatliche Strafandrohung, nämlich Verbannung der Fehlbaren, wurde erst durch *Septimus Severus* (146—221) eingeführt, mit der Begründung, der Ehemann sei durch die Abtreibung von der Frau um den Zweck der Ehe betrogen worden. Der Embryo genoß noch keinen Schutz, sondern galt als mulieris portio vel viscerum. *Justinian* verbot sogar den Verkauf von Liebestränken und Abtreibungsmitteln. Von den alten Germanen rühmt *Tacitus*, daß sie die Schwangerschaftsunterbrechungen für verbrecherisch hielten. Die christliche Lehre verkündete auf der ersten konstantinopolitanischen Synode durch die Kirchenväter die Tötung der belebten Frucht als Homicidium. Gestützt auf das 2. Buch Mosis sei eine Frucht belebt, wenn die anima rationalis in sie übergegangen sei, was nach 6—10 Wochen geschehe. Sowohl das alemannische Recht des Frankenkönigs *Dagobert* wie die alten bajuvarischen Gesetze bestraften die Abtreibung, letztere noch die Mitschuld mit 200 Geißelhieben. Papst *Stephan V.* erklärte 886 jeden, „qui conceptum in utero per abortum deleverit" als Mörder. Im Mittelalter waren es wieder die Hebammen im Verein mit den Badern, welche das Geschäft der Abtreibung betrieben. Die peinliche Halsgerichtsordnung *Karl V.* erklärt 1583: „So jemand einem Weibsbild durch Bezwang, Essen oder Trinken ein lebend Kind abtreibt vorsätzlich und boshafterweise, soll er als Totschläger mit dem Schwerte, die Frau, so sie es auch an ihr selbst täte, ertränkt oder sonst zu Tode bestraft werden." Nach dem sächsischen Codex Augusteus von 1724 wurde die Missetäterin am Leben gelassen „und die, so dazu mit Tränken oder in anderer Gestalt geholfen, mit dem Schwerte bestraffet". Im englischen Mittelalter wurde nach dem Gesetz „Fleta" aus dem 13. Jahrhundert die Abtreibung mit dem Tode bestraft, wie auch in Frankreich, wo bis zur großen Revolution die Abtreiberinnen gehängt wurden. Die Anschauungen von der Größe des Verbrechens wandelten sich allmählich, und schon das Josephinische Gesetz in Österreich 1787 bestrafte Mutter und Mitschuldige nur noch mit Gefängnis von einem Monat bis zu 5 Jahren.

Mit Ausnahme einiger Stämme in Asien, Afrika und Australien ist die künstliche Fehlgeburt überall bekannt, bei den Eskimos so gut wie bei den Hereros, bei den japanischen Geishas wie bei den Hindus, die sogar den Eihautstich anwenden. Trotz dem Verbot im Gesetzbuch Si Khböl ist

die Schwangerschaftsunterbrechung auch unter den Mohammedanern sehr verbreitet, und zwar hauptsächlich bei den ledigen Frauen aus Furcht vor der Strafe, welche die unehelich Geschwängerte trifft. In der alten Türkei waren die „blutigen Hebammen" berühmt, die in den Palästen der Reichen ihr Handwerk verübten. Nach einer Statistik seien in Konstantinopel 1877 von 4000 Aborten 94% der Kinder und 75% der Mütter gestorben. Diese Zahlen gewähren uns auch gleich einen Einblick in die wichtige soziale Seite des Abtreibungsproblems.

Es hieße, zu oft Gesagtes wiederholen und gehört nicht in den Rahmen dieser Arbeit, alle die vielen Arten der Abtreibung hier aufzuzählen. Je nach dem Stande des medizinischen Wissens und der allgemeinen Kultur des Volkes wurde alles angewandt, was Erfolg versprach, von groben mechanischen Schlägen des Leibes über Bäder und Spülungen bis zum Eihautstich und zur Kürette. Die Zahl der Medikamente, die innerlich verabreicht worden sind und noch heute werden, ist fast unabsehbar, doch es würde viel zu weit führen, auch nur die wichtigsten zu nennen. Die Zunahme des kriminellen Abortes in der Nachkriegszeit weckte das Interesse in weiten Kreisen, und vielerorts entbrannte, wie bei der ebenfalls um diese Zeit aktuell gewordenen Frage der Unfruchtbarmachung Geisteskranker und Verbrecher, ein heftiger, aber meistens fruchtloser Streit der Meinungen um soziale, religiöse, moralische und weltanschauliche Grundsätze.

Im Laufe der Zeit hatten fast alle Kulturstaaten eine sogenannte medizinische Indikation der Schwangerschaftsunterbrechung anerkannt und gesetzlich geregelt, wonach bei Gefahr dauernder ernster Schädigung der Mutter oder bei bestehender Lebensgefahr eine Schwangerschaft unterbrochen werden darf, sofern diese Gefahr eben durch die Schwangerschaft bedingt ist und durch deren Unterbrechung beseitigt werden kann. In der Schweiz kannten nur die Strafgesetzbücher der Kantone Waadt, Freiburg, Neuenburg und Genf (*Stooß*) diese medizinische Indikation, während in den andern Kantonen die Ärzte sich auf den Notstandsartikel berufen mußten. Erst das neue schweizerische Strafgesetzbuch bringt für alle Landesteile dieselbe einheitliche Regelung. In Art. 120 desselben heißt es: „Eine Abtreibung im Sinne dieses Gesetzes liegt nicht vor, wenn die Schwangerschaft mit schriftlicher Zustimmung der Schwangeren infolge von Handlungen unterbrochen wird, die ein patentierter Arzt nach Einholung eines Gutachtens eines zweiten patentierten Arztes vorgenommen hat, um eine nicht anders abwendbare Lebensgefahr oder große Gefahr dauernden schweren Schadens an der Gesundheit von der Schwangeren abzuwenden."

„Das in Absatz 1 verlangte Gutachten muß von einem für den Zustand der Schwangeren sachverständigen Facharzt erstattet werden, der von der zuständigen Behörde des Kantons, in dem die Schwangere ihren Wohnsitz

hat, oder in dem der Eingriff erfolgen soll, allgemein oder von Fall zu Fall ermächtigt ist."

Die Fachliteratur ist voll von Arbeiten, welche die Frage prüfen, was für krankhafte Erscheinungen einer Schwangeren gefährlich oder sogar lebensgefährlich werden können, mit einem Wort, die sich mit der medizinischen Indikation der Schwangerschaftsunterbrechung beschäftigen. Was uns hier allein beschäftigen soll, ist die Schwangerschaftsunterbrechung aus psychiatrischen Gründen. Es besteht kein Zweifel, daß in den letzten Jahrzehnten gerade diese Indikation eine sehr wichtige geworden ist. Dank den Fortschritten der Therapie wurden nämlich viele somatische Gründe hinfällig, weshalb in der Gesamtzahl der medizinischen Indikationen heute die psychiatrischen verhältnismäßig die zahlreichsten sind. Ferner werden auch die psychischen Tatbestände immer besser erfaßt, und der Begriff der psychiatrischen Indikation selbst, der lange nicht klar und deutlich war, erfuhr durch die vielen Meinungsstreitigkeiten eine gewisse Abklärung, geriet aber auch dadurch in den Brennpunkt des Interesses. Die Arbeiten einer ganzen Anzahl Autoren befassen sich mit dieser Abklärung, und zum überwiegenden Teil gelangen sie zu ähnlichen Ergebnissen. So halten z. B. *E. Meyer*, *H. W. Maier*, *Ilberg* eine Unterbrechung bei Schizophrenie für angezeigt, wenn die Krankheit sich durch die Gravidität verschlimmert, wobei *E. Meyer* sogar einen bereits durchgemachten Schub als Indikation betrachtet, während für *Morgenthaler* eine Verschlimmerung in früheren Schwangerschaften einen Grund zur Unterbrechung darstellt. Fast allgemein wird Abort bei manisch-depressivem Irresein abgelehnt, da sich die Krankheit durch die Gravidität nicht beeinflussen läßt (*E. Meyer*, *Kogerer* u. a.). Bestehende Epilepsie der Mutter wird mit wenigen Ausnahmen nicht als Unterbrechungsgrund angesehen, der Status epilepticus jedoch bilde eine Indikation (*Mazurkiewicz*, *E. Meyer*). Bei Psychopathie müsse von Fall zu Fall unterschieden werden, und bei der vielerwähnten und auch sehr häufigen reaktiven Depression wird zu großer Vorsicht geraten, da gerade mit dieser Diagnose oft Unfug getrieben werde. So lehnen verschiedene Autoren eine Unterbrechung bei psychogener Depression ab (*Horstmann*, *Bumke*) und empfehlen bei Suicidgefahr Wachsaalbehandlung, während doch schon 1905 *Wagner-Jauregg*, obgleich er sehr wenig einwandfreie psychiatrische Indikationen gelten ließ, bei Suicidgefahr einer schweren Psychopathin für Unterbrechung eintrat. Dieser Ansicht schließen sich heute wohl die meisten Psychiater an in der berechtigten Meinung, daß Wachsaalbehandlung einer schwer Depressiven mit der Wahrscheinlichkeit einer künstlichen Ernährung während Monaten für Mutter und Kind doch ungenügend und eine ernste Gefahr sei, ganz abgesehen von dem, aus einer solchen Behandlung resultierenden seelischen Schaden.

In neuester Zeit hat *Binder* in seinem Buche über „Die uneheliche Mutterschaft" die Frage der Indikation eingehend erörtert, wobei er sich allerdings nur über die Verhältnisse bei den unehelichen Müttern äußert. Er stellt dabei, wie wir, nicht allein auf die Diagnose, sondern auf die gesamten Verhältnisse des einzelnen Falles ab. Er kommt zum Schluß, daß die Unterbrechung der Schwangerschaft aus psychotischen Gründen nur „bei einer sehr kleinen Zahl unehelicher Mütter in Betracht" komme. Seiner Ansicht nach ist sie nur gestattet, wenn bei einer Schwachsinnigen eine psychogen ausgelöste Affektpsychose in der Anamnese nachweisbar oder zu Beginn der Schwangerschaft vorhanden ist, ferner wenn bei einer Schwangeren zu Beginn der Schwangerschaft erstmals ein schizophrener Schub auftritt, oder wenn frühere Generationsvorgänge die Schizophrenie ungünstig beeinflußt haben, und endlich bei Epileptikerinnen, deren Anfälle in der Schwangerschaft sich häufen und die dadurch in die Gefahr der rasch eintretenden Demenz geraten. Häufiger findet *Binder* die Indikation bei reaktiven Krankheitszuständen, und zwar fassen wir mit seinen Worten zusammen: „Wenn Schwachsinnige, ferner selbstunsichere oder reizbare oder infantile Psychopathinnen, oder endlich Frauen, die schon vor der unehelichen Schwängerung eine psychogene Fehlentwicklung durchgemacht haben, zu Beginn der unehelichen Schwangerschaft in eine schwere Konfliktsituation hineingeraten, so besteht in diesen Fällen die große Gefahr, daß durch die psychischen Folgen der unehelichen Mutterschaft ein dauernder schwerer Schaden an der Gesundheit der Mutter im Sinne von Art. 120, Ziff. 1 StrGB auftritt. Wenn es sich dagegen um Frauen handelt, die sich vor der unehelichen Schwängerung stets normal verhalten oder nur vorübergehende psychogene Reaktionen gezeigt haben, dann ist mit der Gefahr einer Gesundheitsschädigung der Frau durch die uneheliche Mutterschaft nicht zu rechnen, auch dann nicht, wenn sie zu Beginn der Schwangerschaft in eine schwere Konfliktsituation hineinkommt." Um es jetzt schon zu sagen, folgen wir bei unserer Einteilung nicht ganz der Klassifikation *Binders*. Wir werden aber sehen, daß bei den Patienten, die wir als reaktiv Depressive, Oligophrene und Psychopathinnen bezeichnet haben, und bei denen wir die Indikation stellen mußten, eben gerade diese aufgeführten *Binder*schen Forderungen zutrafen. Trotzdem wir uns anders ausdrücken, bleibt bei uns die Indikationsstellung sachlich dieselbe.

Ein Wort noch über die „nervöse Erschöpfung", die nach *Hoche* einen Unterbrechungsgrund darstellt. Wenn auch in unserm Material, wie wir sehen werden, sich keine derartige Erkrankung findet, so zweifeln wir doch nicht daran, daß es eben Frauen mit funktionsschwachem Zentralnervensystem (*H. W. Maier*, *Walthard*) gibt, die unter der Last häuslicher und wirtschaftlicher Sorgen fast zusammenbrechen, und für welche eine

Gravidität eine sehr schwere Gefahr bedeuten kann. Alle modernen Autoren lehnen schließlich eine spezifische Graviditätspsychose, wie sie früher angenommen wurde, ab, denn in der Schwangerschaft auftretende geistige Erkrankungen lassen sich ohne Schwierigkeiten den bekannten großen Formkreisen zuweisen. Ganz allgemein kann gesagt werden, wie es auch *H. W. Maier* und *Morgenthaler* betonen, daß nicht die klinisch-psychiatrische Diagnose das allein Maßgebende sei, sondern der Verlauf der Krankheit, und daß ein so wichtiger Entscheid eine ernste Berücksichtigung aller Umstände verlange. Diese Berücksichtigung aller Umstände gilt natürlich für sämtliche medizinischen Indikationen und ist, dies nur nebenbei, gerade auch bei den neurologischen Leiden angebracht, da noch eine allgemeine Unsicherheit in der Einschätzung der Beeinflussung derselben durch die Schwangerschaft herrscht. *Bumke* erwähnt als Unterbrechungsgrund Status epilepticus, Chorea gravidarum, Sydenham'sche Chorea, Eklampsie, multiple Sklerose und in gewissen Fällen Tabes, um aber andererseits keine eigentlich psychiatrische Indikation anerkennen zu wollen.

Wir erwähnen hier keine weitern psychiatrischen Leiden, da wir nur das eine immer wiederholen müßten: nicht die Diagnose allein, sondern der Verlauf und die Gesamtheit des Falles, wie er sich so gerade bei dieser Patientin und nur bei dieser darbietet, sind für unsern Entscheid maßgebend.

Diese eingehende Betrachtung jedes einzelnen Falles führt uns notwendig auch zu dessen eugenischer und sozialer Seite. Damit aber betreten wir heiß umkämpften Boden. *Winter* erläutert, die soziale Indikation verlange „die Unterbrechung der Schwangerschaft, weil die pekuniären Mittel der Familie für Ernährung und Erziehung der Kinder fehlten, und weil durch den weitern Familienzuwachs die Lebenshaltung der Familienmitglieder sich soweit verschlimmern würde, daß Not und Elend, Prostitution und Kriminalität die Folge davon werden könnten." *Winter* ist aber selber gegen solche Anerkennung sozialer Gesichtspunkte. Er schreibt wörtlich: „Am bedenklichsten für die immer zunehmende Ausdehnung des künstlichen Abortes erwies sich aber die Berücksichtigung sozialer Zustände bei der Indikationsstellung." Eine bloße Berücksichtigung sozialer Zustände ist für *Winter* schon bedenklich, obgleich er an anderer Stelle davon spricht, im Rahmen der medizinischen Indikation auch die sozialen Faktoren nicht zu vernachlässigen, womit er einen Standpunkt vertritt, der heute von den meisten Autoren eingenommen wird, so auch von *H. W. Maier* und *Morgenthaler* und ferner von dem Gynäkologen *Stoekel*, der zwar eine soziale Indikation als nicht existierend ablehnt, jedoch schreibt, daß „bei gegebener medizinischer Indikation die sozialen Verhältnisse mit in Rechnung gezogen werden müssen." Es kann also gesagt werden, daß eine soziale Indikation

allgemein nicht anerkannt wird und in fast allen Ländern, auch in der Schweiz, gesetzlich verboten ist.

Wir werden bei der Besprechung unseres Materials zeigen, wie an der Berner Klinik von Fall zu Fall entschieden wird, und wie wir dabei auch soziale Fragen zu berücksichtigen haben.

Interessehalber sei hier noch auf die Erfahrungen mit der Freigabe der Schwangerschaftsunterbrechung in der Sowjetunion hingewiesen. *H. Mayer* veröffentlichte im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie eine Übersetzung sämtlicher Arbeiten des ersten allukrainischen Kongresses der Geburtshelfer und Gynäkologen in Kiew 1927. *Stoekel* schreibt dazu im Vorwort: „Die nahezu ungehemmte, weitgehend in das Belieben jeder Schwangeren gestellte Vernichtung des keimenden Lebens in einem so großen Land durch viele Jahre hindurch besitzt die Beweiskraft eines biologischen Experimentes von gewaltigem Ausmaß..." Alle die 35 russischen Referenten betonen die schwere gesundheitliche Schädigung der Frau durch Abort. Im Dekret von 1920 wurde der Entscheid über Schwangerschaftsunterbrechung praktisch in die Hand der Frau selbst gelegt. Der Eingriff mußte jedoch von einem Facharzt durchgeführt werden. 1926 forderte ein neues Dekret, da infolge der riesigen Zunahme die Zahl der Patientinnen in den speziell eingerichteten Abortarien Bettmangel herrschte, daß die Unterbrechungen in den Häusern der Schwangeren durchgeführt und dort auch die hiezu ausreichenden sanitarischen Verhältnisse geschaffen werden sollten. Ursprünglich zum Kampf gegen den kriminellen Abort gedacht, haben diese Vorschriften jedoch versagt. Immer noch kämen auf eine ärztliche zwei bis drei kriminelle Unterbrechungen, und *Kirillow* sagt: „Die rosige Hoffnung auf einen leichten Kampf mit dem unvollständigen Abort hat uns betrogen. Das teure Experiment ist nicht gelungen." *Sokol* meint, daß „das Anwachsen der Zahl der künstlichen Fehlgeburten beängstigend zu werden beginne". Wir verstehen dieses beängstigende Gefühl, wenn wir uns einige Zahlen vor Augen halten: 1925 wurden in Moskau 15 600 Aborte ausgeführt, 1926 27 000. 1928 hatte Leningrad 37 000 Geburten und 78 000 Aborte. In Odessa war das Verhältnis der Geburten zu Aborten früher 73 : 1, nach dem neuen Dekret 1 : 1. Der allukrainische Kongreß machte schließlich auf die wichtigen Spätfolgen der Schwangerschaftsunterbrechung aufmerksam: Dysmenorrhoe, Amenorrhoe, Sterilität, Endometritis, Adnexitis usw., nicht zu vergessen die oft sehr ausgeprägten und quälenden Depressionszustände, Reue, Angst, Suizidideen, Hysterie.

Wir stellen uns also, nach allem, was darüber bekannt ist, auf den Boden, daß eine Anerkennung sozialer Indikationen eine riesige Gefahr nicht nur für die Volksgesundheit, sondern auch für die Moral der Bevölkerung dar-

stellen würde. Glücklicherweise sind ja die Stimmen, welche in einem falschen Idealismus die Zulassung der sozialen Indikation fordern, seit längerer Zeit verstummt.

Mit einigen Worten sei noch die eugenische Indikation erwähnt, die in der Schweiz mit Ausnahme des Kantons Waadt gesetzlich nicht anerkannt ist, wohl aber bei der Berücksichtigung aller Umstände oft ein Wort mitspricht. Trotz zahlreicher Arbeiten, besonders der deutschen Erbforschung, ist der Erbgang der Psychosen noch keineswegs genügend bekannt, um im Einzelfall eine sichere Prognose stellen zu können. Als sicher vererbbare psychiatrische Krankheiten, welche das extrauterine Leben erheblich beeinträchtigen, gelten: Schizophrenie, manisch-depressives Irresein, Epilepsie, Chorea Huntington, Myoclonusepilepsie, amaurotische Idiotie, diffuse Hirnsklerose, Pelizaeus-Merzbacher'sche und Pick'sche Krankheit, tuberöse Sclerose, Neurofibromatose, erblicher Schwachsinn, Psychopathie (*Luxenburger*).

Rüdin berechnete eine prozentische Erbprognose, nach der bei schizophrenen Einzeleltern rund 50% der Kinder wieder schizophren oder schizoid sind, und schizophrene Elternpaare rund 82% kranke Kinder haben, manisch-depressive Einzeleltern werden wiederum 50% kranke Kinder erzeugen, während an dieser Krankheit leidende Elternpaare 100% kranke, resp. abnorme Kinder haben. Eine praktisch wichtige Handhabe bildet zweifellos der Zustand schon vorhandener Kinder. *Jaspers* hat schon vor Jahren seine Stimme gegen den Mißbrauch der Vererbungsregeln erhoben: „Man hat die durchaus unvollkommenen und zu einer Anwendung in der Praxis gänzlich ungeeigneten Lehren von der Vererbung in einer „Rassenhygiene" doch schon zu Motiven menschlichen Handelns in bezug auf Eheschließung und Fortpflanzung machen wollen. Der Mangel ausreichenden Wissens verbietet dieses. Aber auch bei viel besseren Kenntnissen der tatsächlichen Zusammenhänge soll sich der Naturforscher davon freihalten, aus seiner Naturwissenschaft ethische Konsequenzen zu ziehen, die immer der sich selbst bestimmenden freien Persönlichkeit flach, grob und sinnlos erscheinen müssen. Die Naturwissenschaft hat nicht Forderungen aufzustellen, sondern Facta zu konstatieren. Sie hat nichts weiter zu tun als diese Facta mitzuteilen."

So wahr diese Sätze anmuten, bleibt doch zu bemerken, daß die Medizin eben nicht bloß eine Wissenschaft ist, sondern auch praktische Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse, und daß sie selbst von solchen Erkenntnissen Gebrauch macht, die noch nicht als sichere Wahrheiten gelten können. Dies gilt nicht nur von der Erbforschung; ich erinnere nur an das therapeutische Handeln auf allen medizinischen Gebieten.

Mit Ausnahme des Kantons Waadt kennen wir, wie bereits erwähnt,

in der Schweiz keine eugenische Indikation zur Unterbrechung. Der Art. 130 des waadtländischen Strafgesetzbuches lautete: „L'avortement n'est pas punissable, lorsqu'il est pratiqué sur une personne atteinte de maladie mentale ou d'une infirmité mentale, dont la descendance selon toutes prévisions ne peut être que tarée. Toutefois il ne peut être opéré qu'avec l'autorisation du Conseil de santé."

Deutschland anerkennt im Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses ebenfalls eine eugenische Indikation. So heißt es im Paragraph 10a: „Hat ein Erbgesundheitsgericht rechtskräftig auf Unfruchtbarmachung einer Frau erkannt, die zur Zeit der Durchführung der Unfruchtbarmachung schwanger ist, so kann die Schwangerschaft mit Einwilligung der Schwangeren unterbrochen werden, es sei denn, daß die Frucht schon lebensfähig ist, oder die Unterbrechung der Schwangerschaft eine ernste Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der Frau mit sich bringen würde."

Eine eingehende Darstellung dieser eugenischen und sozialen Gesichtspunkte können wir hier umgehen, da wir bei Besprechung unseres Materials von Fall zu Fall auf einschlägige Fragen zurückkommen.

Ich streife der Vollständigkeit halber noch die Frage, ob Schändung und Notzucht als Indikationen gelten können. Unter Notzucht wird der durch Gewaltakt oder durch künstliche Mittel (Narkose oder Hypnose) erzwungene Beischlaf verstanden, unter Schändung der Beischlaf mit einer weiblichen Person, die nicht über ihren freien Willen verfügt (Geisteskranke, Idioten) oder mit einem Kinde. Die Beantwortung der Frage, ob nun Notzucht oder Schändung eine Indikation zur Unterbrechung darstellen, ist Sache des Gesetzgebers. Notzucht ist eine äußerste Seltenheit, deren Tatbestand fast nie nachgewiesen werden kann. Das Gesetz anerkennt beide Tatbestände wohl als strafbar, jedoch nicht als Indikationen, was in Anbetracht des drohenden Mißbrauches, gerade der „Notzuchtsindikation", ohne weiteres verständlich ist. Also auch hier: Beurteilung aller Umstände. In unserer Kasuistik werden wir Fälle einer angeblichen Notzucht und einer sicheren Schändung, bei welcher wir die Unterbrechung ablehnten, noch näher besprechen.

Im engen Zusammenhang mit der Frage der Schwangerschaftsunterbrechung steht auch das große Problem der Unfruchtbarmachung. Ich erwähne davon nur, was in den Rahmen dieser Arbeit unbedingt gehört, um der Gefahr zu begegnen, in der Masse des Stoffes zu ertrinken. Wenn bei einer Frau die Abortindikation gestellt ist, so erhebt sich natürlich die Frage, ob bei einer nächsten Gravidität nicht wieder die gleiche Gefahrensituation vorliegen werde. Wenn wir diese Frage bejahen, so müssen wir konsequenterweise auch eine Sterilisation für angezeigt halten, um ein für allemal diese

Gefahr von der Frau abzuhalten. *Stoekel* schreibt dazu: „Diese Frage (der Notwendigkeit einer Sterilisation) darf nur dann unbedenklich bejaht werden, wenn das Leiden, dessentwegen die Schwangerschaft unterbrochen wird, nach Ansicht des zuständigen Fachmannes unter keinen Umständen jemals wieder den gefahrlosen Ablauf einer weitern Gravidität zulassen wird." Wir werden auch zu dieser Frage an Hand unserer Kasuistik noch einiges zu sagen haben. Bemerkenswert ist aber noch, daß schon seit Jahren Gynäkologen (*Döderlein*, *Winter*), Psychiater (*Lange*) und katholische Theologen (*Jos. Mayer*) auf die Gefahren der Sterilisation hingewiesen haben. Durch die sehr gründliche Arbeit von *Binder* wissen wir über diese Gefahren auch Näheres. Im Gegensatz zu amerikanischen Autoren (*Popenoe*, *Gosney*), welche sozusagen keine nachteiligen Folgen der Sterilisation finden konnten, kam *Binder* zum Resultat, daß diese Operation in den meisten Fällen einen „zweischneidigen Eingriff" darstelle. Vor- und Nachteile sind in jedem Fall gleichzeitig vorhanden, und wenn auch bei 90% der Frauen die Vorteile überwiegen, so leidet doch der restliche Teil an oft sehr erheblichen Störungen. Wenn wir hier die rein körperlich Geschädigten unerwähnt lassen, bleiben immer noch eine große Anzahl von Frauen, die im Anschluß an die Sterilisation unter einer ungünstigen psychogenen Entwicklung stehen. Leiden infolge unbefriedigter Mütterlichkeit, infolge gestörter körperlicher Integrität und moralisch-religiöser Schuldgefühle sind recht häufig und führen sogar oft zu echten Neurosen, nicht zu sprechen von der Einwirkung der Operation auf das Familienleben und auf das Verhältnis zum Ehemann. Wir sind uns also bewußt, daß wir stets die möglichen Vor- und Nachteile abwägen müssen, bevor wir die Unfruchtbarmachung im Anschluß an einen Abort empfehlen. Gesetzlich geregelt ist die Sterilisation in der Schweiz auch nur im Kanton Waadt. In den übrigen Landesteilen ruht sie auf der Basis der Freiwilligkeit, der Einwilligung der Kranken oder ihres Vormundes, wonach also, um mit *Labhardt* zu sprechen, im gegebenen Fall jedes Ehepaar „die Größe seiner Progenitur selbst bestimmen" kann.

Alle diese wichtigen Probleme der Schwangerschaftsunterbrechung und der Sterilisation haben selbstverständlich nicht nur Ärzte, Juristen, Bevölkerungspolitiker und Fürsorger beschäftigt; ethische und weltanschauliche Fragen forderten auch die Kirche zur Stellungnahme heraus, und zwar nicht erst in jüngster Zeit. Früher hat gerade die Kirche ein entscheidendes Wort mitgesprochen, und Papst *Pius XI.* hat in seiner Enzyklika casti connubii 1930 erneut Richtlinien aufgestellt. Obwohl kein Dogma, ist dieselbe doch für alle Katholiken verbindlich. Ich zitiere *Winter*: „In bezug auf die sogenannte medizinische Indikation sagt die Enzyklika: Wir empfinden es mit, daß mancher Mutter aus der Erfüllung ihrer Mutterpflichten große Gefahren für die Gesundheit oder für das Leben entstehen, aber welcher Grund kann

jemals ausreichen, um die direkte Tötung eines Unschuldigen zu rechtfertigen? Denn darum handelt es sich hier. Mag man die Mutter oder das Kind töten, es ist gegen Gottes Gebot und die Stimme der Natur: du sollst nicht töten." Und weiter: „Des edlen Namens und Lobes eines Arztes würde sich unwürdig erweisen, wer unter dem Vorwand, Heilmaßnahmen zu treffen, den Tod eines von ihnen erzielt."

Demnach ist für den katholischen Arzt unbedingt jede Schwangerschaftsunterbrechung verboten, welche die „direkte" Tötung des Fötus bezweckt, dagegen nicht unbedingt die „indirekte" Tötung, d. h. ein Eingriff, welcher wohl die Beseitigung der Schwangerschaft als Ursache der Lebensgefahr verlangt (z. B. bei Hyperemesis), den Tod der Frucht aber mit in den Kauf nimmt, oder gar bei abgestorbener Frucht jedes Bedenken hierüber ausschließen läßt. Es ist wohl möglich, daß der feine Unterschied zwischen direkter und indirekter Tötung, welchen die Enzyklika andeutet, hier die Brücke zu den reinen ärztlichen Forderungen schlagen wird, und es mehren sich selbst unter Moraltheologen und katholischen Ärzten die Stimmen, welche in diesem Punkt einen Ausgleich mit den Bestimmungen der Enzyklika verlangen und vorschlagen."

Die evangelische Kirche hat im Gegensatz zur katholischen sich nie offiziell zur Schwangerschaftsunterbrechung geäußert, so daß der evangelische Arzt allein durch seine christliche Ethik und das religiöse Gewissen gebunden ist.

Wir wollen unsere Einleitung abschließen und das für uns Wichtige zusammenfassen:

Wir anerkennen in gewissen Fällen eine psychiatrische Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung, ohne in deren Einschränkung so weit zu gehen, wie z. B. *Bumke*, der nur in einigen neurologischen Leiden einen Unterbrechungsgrund sieht. Nicht die klinisch-psychiatrische Diagnose ist allein maßgebend für unser Handeln, sondern der Verlauf jedes einzelnen Falles in seiner Gesamtheit, unter Berücksichtigung seiner sozialen und eugenischen Seite. Wir haben ferner stets zu prüfen, ob eine Sterilisation an die Unterbrechung angeschlossen werden muß. Dabei sind wir uns der möglichen Gefahren körperlichen und seelischen Siechtums im Anschluß an Abort und Sterilisation bewußt. Eine der *Binder*'schen analoge Arbeit fehlt leider noch, welche sich mit den schädlichen psychischen Nachwirkungen der Schwangerschaftsunterbrechung eingehend befaßt, wenn auch Bemerkungen verschiedener Autoren (*Kankeleit*, *Bally* u. a.) deren tatsächliches Vorkommen erwähnen.

Praxis an der Berner Klinik.

Wir verfügen in Bern bei weitem nicht über das sehr umfangreiche Material wie Zürich, wo *Zolliker* 1500 Fälle der psychiatrischen Universitätspoliklinik allein aus den Jahren 1933 und 1934 in seiner Arbeit verwenden konnte, weil sowohl unsere Klinik wie die Poliklinik aus Gründen, die ausführlich geschildert und erörtert werden sollen, viel seltener als ähnliche Anstalten anderswo vor die Frage der Schwangerschaftsunterbrechung gestellt werden, obschon die hiesige kantonale Frauenklinik keine Zeugnisse mit psychiatrischen Indikationen gelten läßt, die wir nicht geprüft haben und nicht unterstützen, so daß anzunehmen wäre, es gingen sozusagen alle einschlägigen Fälle durch unsere Hand und unser Material wäre demnach sehr groß. *Klaesi* hielt aber auch in bezug auf Stellungnahme des Arztes gegenüber Unterbrechungsfragen, wie in allen andern gutachtlichen, von allem Anfang an dafür, daß wir nicht bloß Experten, sondern gleichzeitig und vorwiegend auch Ärzte und Heiler seien, und daß es aus Ehrfurcht vor Mutterschaft und Frauenaufgabe der ärztlichen Pflicht obliege, jede Gesuchstellerin, die unterbrechen lassen wolle, zur nachdenklichen Prüfung ihrer tiefsten Bestimmung und zum Pflichtbewußtsein zu bringen, und wo immer keine ärztlichen Gegengründe vorlägen, zu überzeugen, daß es mütterliche Tat sei, die Frucht auszutragen. Darum die Vorschriften, daß alle einschlägigen Fälle, die uns vom kantonalen Frauenspital oder von Privatärzten zur fachärztlichen Prüfung zugewiesen werden, in die Klinik aufgenommen und dort während einigen Tagen beobachtet und untersucht werden sollen. In der Poliklinik findet also nur eine erste Sichtung statt. Zum vornherein klare Fälle, d. h. Frauen, welche eine Unterbrechung der Schwangerschaft wünschen, einfach weil sie „schon genug Kinder hätten", oder weil der Mann lieber kein Kind mehr möchte, werden schon in der poliklinischen Konsultation eines Bessern zu belehren versucht. Eine zweite Kategorie von Schwangeren kommt nicht über die poliklinische Sprechstunde hinaus, weil sie sich weigern, zur Beobachtung in die Klinik einzutreten und empört über diese Zumutung oder enttäuscht das Sprechzimmer verlassen, um sich mit der Lage abzufinden oder einen andern Ausweg zu suchen. In allen denjenigen Fällen, bei denen eine Indikation in Frage kommen kann und die Frau mit einer Internierung einverstanden ist, erfolgt, wie eben gesagt, eine Aufnahme in die klinische Abteilung der Kant. Heil- und Pflegeanstalt Waldau. Außerhalb der Anstalt wird, wir wiederholen, prinzipiell kein Unterbrechungsgutachten ausgestellt. Die Vorteile dieser klinischen Beobachtung sind zahlreich: Es findet erstens einmal schon durch den Zwang zur Internierung eine gewisse Auslese statt, denn ohne triftige Gründe wird keine Frau sich internieren lassen, und die meisten, die nur aus

Bequemlichkeit unterbrechen wollen, verschwinden schon nach der Poliklinik aus unserm Gesichtskreis. Ein noch größerer Vorteil aber liegt in der Möglichkeit, jeden Fall gründlich kennenzulernen. Die Diagnose kann, was in der Poliklinik in vielen Fällen fast unmöglich ist, mit großer Sicherheit gestellt werden, Simulation oder unechte, nur oberflächliche Depression werden bei der Schwierigkeit, sich über Tage hindurch zu verstellen, leichter erkannt und so die Gefahr der Täuschung nach Möglichkeit eingeschränkt. Durch den Klinikaufenthalt lernen wir die Frau auf alle Fälle viel besser kennen als es durch die nur kurze Zeit dauernde Exploration in der ambulanten Sprechstunde möglich ist, und wir haben viel mehr Anhaltspunkte und Gelegenheiten, uns mit der Familie und ihrer gesamten sozialen Lage vertraut zu machen. Die Schwierigkeiten, in höchstens 14 Tagen, meistens aber in 3 bis 4 Tagen ein genaues Bild zu erhalten und zu einem Entscheid zu gelangen, bleiben immerhin noch groß genug.

Andere Vorteile, welche sich aus dem Zwang zur klinischen Beobachtung ergeben, hängen mehr mit der heilsamen Wirkung zusammen, welche von der Einrichtung und Atmosphäre der klinischen Station selbst ausgehen. Es ist verständlich, daß viele Patienten unter dem Eindruck sehr leiden, in ein „Irrenhaus", welches „fürchterliche Wort" auch heute noch gehört wird, zu kommen. In der „Waldau" ist es aber eine sehr wohltuende Einrichtung, daß sämtliche frischen Fälle in einer eigenen Station, eben der klinischen, aufgenommen und für sich gesondert und von den chronischen Kranken und Dauerpfleglingen mit ihren Anstaltsgebärden und Anstaltsgesichtern getrennt beobachtet und behandelt werden können. Das je 90 Frauen und Männern Platz bietende Gebäude macht in allem den Eindruck eines Spitals und ist so geführt, daß es uns schon mehrfach begegnete, von Kranken oder deren Angehörigen ersucht worden zu sein, unser Mögliches zu tun, um zu verhindern, daß eine „Internierung in eine Anstalt" nötig werde.

Das friedliche Bild einer klinischen Abteilung, welches so gar nicht mit der üblichen Vorstellung eines Irrenhauses übereinstimmen will, übt alsbald einen beruhigenden Einfluß auf den Neuankömmling aus. Bald merken der Patient oder die Patientin, um bei den Frauen zu bleiben, daß der ganze Ton, der vorherrscht, ein durchaus natürlicher ist und nichts von jenem ominösen pastoral-bemitleidenden an sich hat, der Gesunde krank und Kranke noch kränker macht. Die große Schwesternzahl gestattet eine intensive Beschäftigung mit jeder Patientin, was die Gefahr des Sichisolierens vieler Kranker, besonders schizophrener und depressiver, stark verringert. Häufige Besprechungen mit dem Arzt schaffen bald das notwendige Vertrauensverhältnis, ohne welches eine Kranke nicht in wenigen Tagen durchuntersucht werden könnte. So treten denn auch oft überraschende Ergeb-

nisse zutage, die in einer bloß poliklinischen Beobachtung ausbleiben würden. Eine Depressive z. B., die aus Scham oder irgendwelchen anderen Gründen lange nicht davon sprach, gibt schließlich zu, daß sie das Kind selbst gerne hätte, der Mann jedoch nicht, und die ganze Depression erklärt sich aus dem Zwiespalt mit dem Mann. Wir sehen gerade an diesem Beispiel, daß wir eine Patientin nicht als alleinstehendes Wesen betrachten dürfen, sondern immer auch ihre gesamte Umwelt berücksichtigen und kennenlernen müssen. Ehemann oder Vater des zu erwartenden Kindes, Eltern, Geschwister, Freundinnen, Dienstherrin, wer immer in einem wesentlichen Verhältnis zu der Frau steht, muß uns Auskunft geben, was natürlich oft sehr schwer und nicht immer im vollen Umfang möglich ist. Eine Forderung aber steht über allem: Bei Verheirateten muß der Ehemann, bei Ledigen müssen die Eltern von der unerwünschten Schwangerschaft und dem Wunsch der Frau nach deren Unterbrechung in Kenntnis gesetzt werden. Heimlichkeit mit dem Beigeschmack des schlechten Gewissens halten wir für schädlich, und Offenheit gleich zu Beginn ist für uns die wichtigste Waffe gegen allfällige spätere Vorwürfe. Neben die vielen mündlichen Unterredungen zwischen Arzt und Patient, also die Exploration, welche wie immer in der Psychiatrie unsere wichtigste Untersuchungsmethode ist, treten noch alle anderen Hilfsmittel, die zur Kenntnis des Falles beitragen können: Selbstgeschriebener Lebenslauf, Autoanamnese, Familienanamnese, Erforschung der Heredität; die experimentelle Prüfung gibt uns Aufschluß über Intelligenz, Auffassung, Merkfähigkeit, Gedächtnis des Patienten. Das Assoziationsexperiment, die Träume und allfällige Zwänge können uns, um nur ein Beispiel zu nennen, über Triebregungen und über die Echtheit und Tiefe einer reaktiven Depression durch Sichtbarmachen von Ausschaltungstendenzen (*Klaesi*) gute Auskunft geben. Haben wir endlich einen Fall auf diese Weise durchuntersucht, und kennen wir die Frau und ihre hereditären, familiären und sozialen Verhältnisse, so können wir uns entscheiden, ob bei ihr nun eine Unterbrechung angezeigt sei oder nicht. Dieser Entscheid liegt letzten Endes immer beim Direktor und bei der gemeinsamen Ärztekonferenz der Anstalt. Der untersuchende Arzt stellt den Fall in seiner Gesamtheit vor, gibt seine Meinung betreffs Ablehnung oder Bejahung der Indikation bekannt, und gemeinsam mit den übrigen Ärzten setzt der Direktor die endgültige Diagnose fest und fällt den Entscheid. Wenn auch das Ergebnis so oder so lautet, heißt das aber gar nicht, daß wir die Frau nun entweder ins Frauenspital schicken oder auf die Straße stellen und sie ihrem Schicksal überlassen. Die Aufgabe des Psychiaters geht über das bloße Begutachten hinaus. In sehr vielen Fällen schon können wir eine Frau durch Belehrung und Unterweisung von ihrem Willen abbringen, die Schwangerschaft zu unterbrechen. Es gelingt uns, sie vom Nachteil, von der

Widernatur, von der Gefährlichkeit einer Abtreibung einerseits, vom Nutzen, Glück und Vorteil, ein Kind zu haben, andererseits („Es ist vielleicht gerade das, welches Ihnen später am meisten Freude bereitet"), zu überzeugen. So aussichtslos es auch scheinen mag, gegen eine falsche Gesellschaftsmoral anzukämpfen, so betonen wir doch immer wieder unsere Ansicht, daß eine uneheliche Mutter mehr Wert habe als eine Tochter aus noch so gutem Hause, die ohne zwingenden Grund ihr Kind abtreibt. Wenn wir auch die Erfahrung gemacht haben, daß bei einem sehr großen Teil der Frauen das Gefühl für Wert und Bedeutung des keimenden Lebens verkümmert ist, und wirtschaftliche Gründe oder solche des „Renommés" dominierend im Vordergrund stehen, finden wir doch immer wieder welche, die allen Schwierigkeiten zum Trotz ihr eheliches oder uneheliches Kind austragen wollen. Solche Durchbrüche der Mütterlichkeit erleichtern uns die Aufgabe, die Klagen und Jammerrufe bei weniger tief veranlagten Schwangern ob der Schande, dem Skandal, Nichtüberlebenkönnen der Schmach oder der Unmöglichkeit, in der heutigen schweren Zeit noch ein Kind zu haben, im richtigen Licht zu sehen und ruhig zu bewerten. In allen Fällen aber, bei denen wir eine Unterbrechung ablehnen, haben wir die Pflicht, uns genau über die Verhältnisse der Frau zu orientieren. Eine eigene Fürsorgerin nimmt sich ihrer nach der Entlassung aus der Anstalt weiter an; wir benachrichtigen allenfalls das zuständige Wohlfahrtsamt, empfehlen die Frau auch deren fürsorgerischen Einrichtungen, und wenn es sich um Katholikinnen handelt, in der Regel auch einem Geistlichen. Wenn der Staat die Vernichtung keimenden Lebens verbietet, so übernimmt er damit schließlich eine gewisse Verantwortung, für Mutter und Kind auch zu sorgen.

Ein Wort noch zur Sterilisation, welche wir vorwiegend bei sexuell haltlosen oder schwerbelasteten Psychopathen, bei Oligophrenen und Geisteskranken aus medizinischen Gründen empfehlen. Mädchen oder Frauen, welche sich oft nur aus imbezillem Trotz weigern, sterilisiert zu werden, stellen wir nicht selten vor die Alternative: Sterilisation oder lebenslängliche Internierung, mit welchem Druckmittel wir dann meistens den gewünschten Erfolg erzielen.

Diesen Ausführungen wird man entnehmen, daß die Begutachtung einer Schwangerschaftsunterbrechung aus psychiatrischen Gründen eine recht schwierige und keineswegs im Handumdrehen zu erledigende Angelegenheit ist, und daß in Bern dieser Frage alle Umsicht und Sorgfalt gewidmet werden, deren wir fähig sind. Ferner wird gerade hierbei die beglückende Vielseitigkeit der Tätigkeit des Psychiaters augenscheinlich, der ärztlich und sozial handeln muß und in jedem Falle, ob nun eine Indikation gestellt werde oder nicht, die Verhältnisse der Frau und ihrer Familie auf diese oder jene Weise sanieren hilft.

Material.

Wir verfügen, wie bereits erwähnt, nicht über ein so großes Material wie Zürich, und wir verzichten deshalb auch auf eine eingehende, allen Gesichtspunkten gerechtwerdende statistische Verarbeitung, wie sie *Zolliker* in seiner Publikation durchgeführt hat.

Eine kurze Übersicht gibt im folgenden Aufschluß über unsere Fälle: In den Jahren 1937, 1938 und 1939 wurden an der Berner Psychiatrischen Poliklinik und Klinik 146 Frauen, die ihre Gravidität unterbrechen wollten, untersucht, behandelt und begutachtet. Davon hatten zuerst 110 unsere Poliklinik aufgesucht und von ihnen traten 45 zur Begutachtung in die Klinik ein; 24 wurden schon in der Poliklinik von uns ausgeschaltet, während 41 nach der poliklinischen Sprechstunde aus unsern Augen verschwanden, sei es, daß sie einen andern Ausweg fanden oder sich entschlossen, ihr Kind auszutragen. Zu ihnen kommen 36 Frauen, die unter Umgehung der Poliklinik direkt in die Klinik eingewiesen wurden. In 38 Fällen, d. h. in 26% von 146 bejahten wir eine Indikation. Vergleichen wir damit die Zahlen *Morgenthalers* und *Zollikers*, so finden wir bei *Morgenthaler* eine Bejahung bei 61%, bei *Zolliker* wurden 55% der Verheirateten und 58% der Ledigen abortiert. Von unserm Gesamtmaterial von 146 Frauen gingen also 108 ohne Zeugnis fort. Wir müssen natürlich annehmen, daß ein beträchtlicher Teil von diesen ihre Schwangerschaft auf ungesetzlichem Wege unterbrechen konnten. Eine interessante Veröffentlichung von *Neuweiler* zeigt, daß von 264 Frauen, die im Kant. Frauenspital Bern untersucht worden sind, 19,5% dort abortiert wurden, 51% austrugen und volle 24,5% anderswo, d. h. ungesetzlich unterbrachen. Zu erwähnen ist noch, daß unser gesamtes Krankenmaterial weitgehend aus derselben sozialen Schicht stammt, so daß Schlußfolgerungen sinngemäß nur für diesen Bevölkerungsteil gelten: Arbeiter- und Kleinbauernfrauen, Dienstmädchen, Fabrikarbeiterinnen, Bauernmägde, Frauen und Töchter kleiner Angestellter und Handwerker. Es liegt jedoch auf der Hand, daß deren Lebensweise ein Gradmesser sein kann für die Haltung der Gesamtbevölkerung, besonders in der Schweiz, welche keine allzu großen und ins Gewicht fallenden sozialen Unterschiede kennt. Wir können deshalb annehmen, daß auch die sozial besser gestellten Klassen mit den nämlichen Schwierigkeiten zu kämpfen haben, daß die auftauchenden Fragen dort wie hier die gleichen sein werden, und daß wahrscheinlich auch die prozentuale Häufigkeit der Unterbrechungen und besonders der kriminellen Aborte eine ungefähr gleiche Höhe erreichen wird.

Das Alter unserer Patientinnen schwankt zwischen 15 und 45 Jahren. Bei den Verheirateten ist das durchschnittliche Alter 33,2, bei den Ledigen 25 Jahre. Die Unterbrechung wurde bei den verheirateten Frauen in einem

durchschnittlichen Alter von 36 Jahren ausgeführt, bei den Ledigen waren es 25,7 Jahre, während der Altersdurchschnitt, bei dem der Eingriff abgelehnt wurde, auf 31,3 Jahre bei den Verheirateten, bei den Ledigen auf 24,2 Jahre beträgt. Es tritt deutlich zutage, daß mit höherem Alter die Wahrscheinlichkeit einer Abortindikation zunimmt.

Untersuchen wir den Einfluß der Kinderzahl auf die Indikationsstellung, und berücksichtigen wir wegen der Kleinheit unseres Materials nur die verheirateten Frauen, so finden wir, daß die Abgewiesenen im Durchschnitt 3 Kinder haben, gegenüber 3,6 derjenigen, bei denen wir unterbrechen ließen. Die Wahrscheinlichkeit, eine unerwünschte Schwangerschaft zu unterbrechen, steigt bei verheirateten Frauen nicht nur mit dem Alter, sondern auch mit der Zahl der bereits vorhandenen Kinder.

Von zweifellos großem Interesse ist auch die Frage, bei welchen Frauen wir im Anschluß an die Unterbrechung oder unabhängig von dieser eine Sterilisation empfahlen. Bei je 2 Fällen von Schwachsinn und Psychopathie konnten wir keine Abortindikation stellen, hielten aber aus eugenischen Gründen eine Sterilisation post partum für angezeigt. 16 ledige Frauen wurden sterilisiert, deren durchschnittliches Alter bei 26,5 Jahren liegt, während die 29 ledigen Frauen, bei denen dieser Eingriff nicht für nötig befunden wurde, ein Durchschnittsalter von 23,9 Jahren haben. Bei den Verheirateten beträgt die Kinderzahl der 12 sterilisierten Frauen 4,1, während die 24 nicht Unterbundenen im Durchschnitt 2,8 Kinder haben. Wir finden auch hier, daß bei höherem Alter und größerer Kinderzahl eine Frau eher sterilisiert wird, womit wir mit den *Binder*'schen Ergebnissen einiggehen.

Zum Schluß soll die Abgrenzung der einzelnen Krankheitsgruppen besprochen werden, wobei wir nur diejenigen berücksichtigen, die in unserem Material vorkommen.

1. Reaktive Depression.

Wir werden an Hand unserer Kasuistik noch einiges zur Frage der reaktiven Depression zu sagen haben. Hier nur die Klärung des Begriffes: Es ist nicht jeder Kummer und sind nicht alle Sorgen, die sich eine Frau der unerwünschten Gravidität wegen macht, eine reaktive Depression. Die Übergänge von der gewöhnlichen Bedrücktheit zur krankhaften Verstimmung sind allerdings fließend, und eine genaue Grenze ist begrifflich nicht zu ziehen, sondern bleibt in jedem einzelnen Fall der Erfahrung des Begutachters überlassen. *Bleuler* reiht die reaktiven Depressionen unter die krankhaften Reaktionen ein. In sehr vielen Fällen kommen sie bei Psychopathen, Neurotikern und ganz besonders bei Schwachsinnigen vor, aber sie fehlen auch bei geistig Gesunden nicht. Ein Zusammenhang mit den

stimmungslabilen oder den depressiven Psychopathen *Kurt Schneiders* ist denkbar. Für unsere Zwecke können wir uns so ausdrücken: Eine Depression als Folge der unerwünschten Schwangerschaft ist für uns dann ein Unterbrechungsgrund, wenn die Verstimmung so tief geht, daß eine ernste Gefahr für Mutter und Kind besteht. Solche Depressionen treten etwa auf, wenn selbstunsichere, unreife, reizbare oder leicht beschränkte Frauen durch die Schwangerschaft in unlösbare Konflikte geraten, in denen man ihnen wegen ihrer psychischen Eigenart nicht ohne weiteres psychotherapeutisch helfen kann. Für sie gilt, was *Binder* über die Indikation zum Eingriff bei nicht psychotischen Frauen im allgemeinen gesagt hat, und was wir oben angeführt haben. Die Tiefe der Depression zu erkennen, bedarf, wie gesagt, der persönlichen Erfahrung des Beurteilers. Von den 20 Fällen unseres Materials haben wir bei 16 oder 80% unterbrechen lassen. *Zolliker* fand an Hand seines Materials eine Unterbrechung bei 60—70% der reaktiv Depressiven. Sterilisiert wurden bei dieser Gruppe nur 4 verheiratete Frauen mit 4, 5 und zweimal 6 Kindern.

2. Oligophrenien.

Unsere 23 Fälle von Intelligenzdefekt umfassen 17 Debile und 6 Imbezille, welch letztere sämtlich abortiert und sterilisiert wurden. Idioten haben wir in unserem Material keine. Insgesamt haben wir hier bei 10 Frauen die Unterbrechung empfohlen, was die recht tiefe Ziffer von 43.3% ergibt, welche durch die zahlreichen leicht debilen Frauen verursacht ist, bei welchen wir eine Unterbrechung ablehnten. Es wird niemandem einfallen, eine leichte Debilität als Unterbrechungsgrund zu betrachten. Ein Intelligenzdefekt als solcher stellt überhaupt keine Indikation dar. Es müssen stets erschwerende Umstände noch dazutreten, die meistens in der Persönlichkeit und Reaktionsweise der Patientin liegen und oft das Psychopathische streifen oder erreichen. Auf den innern Zusammenhang von erblichem Schwachsinn mit Psychopathie, beide als Ausdruck einer im Grunde gleichen allgemeinen „Minderwertigkeit", macht *Luxenburger* aufmerksam. Doch wirkt sich dieser Schwachsinn keineswegs einheitlich aus. So schreibt *Klaesi*: „Darum sehen wir denn auch im geschlechtlichen Verhalten der Oligophrenen bei den einen ein fälschlich ‚triebhaft' genanntes, richtungsloses Überborden und Verkommen, bei andern ein geradezu ängstlich sorgsames Sichunterordnen unter Anstand und Regel, wenn nicht aus gesunden moralischen Gefühlen, dann aus Vorahnung, außerhalb der Grenzen des gutgeheißenen Hergebrachten im Kampfgebiet zu kommen, wo Anpassung und Selbstbehauptung schwierig und unmöglich würden, und drittens bei noch andern alle Arten von Abstufungen und Übergängen zwischen diesen beiden Gegensätzen. Vor allem sei aber unterstrichen, daß diese verschiedenen

möglichen Verhaltensweisen nur zum Teil mit den Schwachsinnsgraden zusammenhängen, zum andern, weitaus größern aber von Eigenschaften abhängig sind, die auch sonst immer ein Krankheitsbild beeinflussen und bedingen — nämlich vom Temperament und vom Drang zur Einordnung, Hingabe und Güte."

Besonders diese richtungslos Überbordenden neigen nun zu sogenannten „Kurzschlußhandlungen", die zu den Primitivreaktionen (*Kretschmer*) gerechnet werden, und die in unsern Fällen zu Selbstmord und Kindstötung führen können. Wir werden bei solchen Frauen häufig die Schwangerschaft unterbrechen müssen, bei den übrigen schwachsinnigen Frauen jedoch unterbrechen wir nicht.

3. Schizophrenie und Epilepsie.

Wir haben in unserm Material nur je 3 Fälle von Schizophrenie und Epilepsie, bei welchen allen wir unterbrechen und sterilisieren ließen, ohne aber deswegen einen prinzipiellen Standpunkt einzunehmen, denn auch gerade in diesen schwierigen Fällen heißt es, alle Umstände berücksichtigen. Die Gründe unseres Vorgehens, das vielleicht bei andern Trägerinnen der gleichen Krankheiten anders gewesen wäre, werden wir an 4 Fällen unserer Kasuistik besprechen. Eine nähere Beschreibung des Verhaltens dieser Krankheit gegenüber ist nicht nötig, doch will ich noch erwähnen, daß auch *Zolliker* zum mindesten bei den Schizophrenien fast stets eine Abortindikation fand. Immerhin ist es doch nicht so, daß eine Schizophrenie sich in der Gravidität unbedingt verschlimmern muß. Ich erinnere mich an eine hebephrene Patientin, die in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft in extrem zerfahrenem Zustand interniert wurde, die Gravidität überhaupt nicht zur Kenntnis nahm, dann im Frauenspital gebar und im genau gleichen Zustand läppischer Euphorie wieder zu uns gebracht wurde. Man hatte den bestimmten Eindruck, als habe sich der Vorgang der Kindwerdung und der Geburt in einem der Kranken fremden und sie in keiner Weise berührenden Milieu abgespielt. Andere solche Beispiele kennt jeder Anstaltsarzt.

Bei der Epilepsie ist die Gefahr einer Verschlimmerung des Leidens besonders in der Gestalt eines Status groß und liegt als stete Drohung über der Frau, besonders wenn mit Beginn der Schwangerschaft die Zahl der Anfälle steigt, was allerdings nicht in jedem Falle geschieht. Auch *Binder* ist dieser Ansicht.

4. Psychopathie.

Wir fassen unter der Gruppe der Psychopathien diejenigen Persönlichkeiten zusammen, die an ihrer Abnormität leiden, oder unter deren Abnormität die Gesellschaft leidet. Dieser praktischen Abgrenzung *Kurt Schneiders*

können wir alle Fälle unterstellen, die gemeinhin als Psychopathen aufgefaßt werden, auch wenn wir eine andere Typologie und andere Benennungen wählen als sie *Schneider* in seinen Untersuchungen anwendet. Bei 5 von den 8 Fällen hielten wir einen Abort und bei 6 eine Sterilisation für angezeigt, während *Zolliker* in seinem Material bei 60 bis 70% eine Abortindikation fand.

5. Gesunde.

Zu den „Gesunden" rechnen wir diejenigen Frauen, die weder an einer Geisteskrankheit, noch an tiefer gehenden seelischen Störungen litten, noch wegen ihrer abnormen Konstitution zu den Psychopathen gezählt werden mußten. Es handelt sich um Fälle, die in der Poliklinik nicht abgeklärt werden konnten. Es waren, wie die genauere Untersuchung zeigte, zum Teil nur oberflächlich Depressive, welche auf psychotherapeutische Beeinflussung und Belehrung sich eines bessern besannen und der Fürsorge übergeben werden konnten, ferner solche, wie sie *Binder* allerdings in bezug auf Sterilisation beschreibt, die aus lauter Bequemlichkeit unterbrochen haben wollten, in unglücklicher Ehe lebten und von dem ungeliebten Mann kein Kind wünschten oder überängstlich waren, zum Teil auch „landläufig Dumme", die aber noch nicht zu den Oligophrenen gerechnet werden konnten und endlich solche, die selbst gerne ihr Kind behalten hätten, aber vom Ehemann oder Eltern zur Unterbrechung gedrängt wurden.

Mit Ausnahme eines einzigen Falles haben wir bei diesen 24 Frauen die Unterbrechung abgelehnt. Dieser Ausnahmefall lag so, daß die Gefahr einer gesundheitlichen Schädigung nicht nur der Frau, sondern auch des labilen, leicht erregbaren Mannes bestand, wenn die Schwangerschaft ausgetragen worden wäre.

Kasuistik.

Nach der summarischen Übersicht über unser Material sollen einige Fälle näher beschrieben werden, denn erst am konkreten Beispiel wird die Praxis derartiger Untersuchungen und Begutachtungen deutlich. Wir bestreben uns, auch hier eine gewisse Einteilung einzuhalten.

1. Reaktive Depressionen.

Fall 1. Frau Seline M., 35jährig, der Vater, ein Bruder und eine Tante vs. schizophren. Patientin lebte jahrelang mit ihrem Mann in sehr glücklicher Ehe, aus welcher zwei Knaben von 11 und 12 Jahren stammen, von denen einer sehr still und verschlossen sei. Ein Monat vor der Einweisung der Frau in unsere Anstalt erhängte sich der Mann, nachdem er schon einige Wochen vorher durch sein verändertes Wesen aufgefallen war, Versündigungs- und Verfolgungsideen geäußert hatte und der Beschreibung nach wahrscheinlich an einer Schizophrenie erkrankt war. Nun stand die im 2. Monat gravide Frau mit ihren 2 Kindern allein auf dem kleinen, gepachteten Bauernhof. Schon durch den plötzlichen und erschreckenden Tod des Mannes in eine

tiefe Depression geraten, wußte sich die Frau kaum mehr zu helfen. Ihr ratloses, jeder Theatralik fernes Weinen legte Zeugnis ab, daß die tüchtige und intelligente Frau der Verzweiflung nahe war. Sie sah keinen andern Ausweg mehr, als mit den Kindern dem Manne zu folgen. Die Depression wurde durch die Furcht verstärkt, das dritte Kind könnte wie der Vater „schwermütig werden und durch die große finanzielle Not, in welche die Frau durch den Tod des Mannes geraten war. Die Selbstmordgefahr war in starkem Maße vorhanden und wurde durch das einheitliche Bild der Träume und Assoziationen nur bestätigt. Wir empfahlen die Unterbrechung.

Es erweist sich gerade an diesem Beispiel, daß unser Entschluß nicht durch die reaktive Depression allein bestimmt wurde, sondern durch den ganzen Aspekt des Falles. Die schwere schizophrene Belastung des zu erwartenden Kindes und die prekäre wirtschaftliche Lage der Frau, die gerade jetzt alle ihre Kräfte sehr nötig hatte, erleichterten uns den Entscheid. Wir sehen: eugenische und soziale Faktoren fallen von selbst ins Gewicht, sie geben aber nicht den Ausschlag.

Der nächste Fall, der nur kurz erwähnt werden soll, weil er als Zeichen der Zeit nicht vereinzelt dasteht, ist ebenfalls weitgehend mit „sozialen" Fragen verknüpft.

Fall 2. Frau Christine W., 29jährig, deutsche Reichsangehörige, keine hereditäre Belastung. Die Frau floh beim Umsturz mit ihrem Mann, der von Beruf Schlosser ist, aus Berlin in die Tschechoslowakei, einen Tag nach der Tötung ihres Vaters und Bruders. Der Mann suchte überall Arbeit und fand keine, weder in der Tschechoslowakei, noch in Frankreich oder in der Schweiz, wo die Familie nun seit 3 Jahren ohne Aufenthalts- und Arbeitsbewilligung von Gelegenheitsarbeiten kümmerlich ihr Dasein fristet, da auch die Flüchtlingshilfe kein Geld mehr zahlen kann, und von den Behörden, wohl des vor 3 Jahren in Bern geborenen ersten Kindes wegen, nur geduldet. In der ständigen Angst, doch noch über die Grenze geschoben zu werden, hatte sich der ganzen Familie eine verzweifelte Stimmung bemächtigt, die durch die neue Schwangerschaft noch erheblich verstärkt wurde. Besonders die Frau befand sich in einer gefährlichen Depression und war durchaus suizidal. Wir empfahlen auch hier Unterbrechung.

Fall 3. Verena B., 20jährig, Näherin, ledig, der Vater trunksüchtig, sonst keine hereditäre Belastung. Die Patientin ist normal intelligent, stammt aus einer sehr zahlreichen Familie, hat 11 Geschwister, aus ihrem Leben ist nichts von Bedeutung bekannt. Bemerkenswert ist der infantile Habitus, das Mädchen sieht aus wie 15jährig. Ein kleiner Wanderzirkus im Nachbardorf wurde ihr zum Verhängnis. Eines Tages kam sie vor dessen Zelt mit einem Artisten ins Gespräch, welcher sie dann nach Hause begleitete. Auf dem Heimweg, der durch einen einsamen Wald führte, ließ sie sich überreden, mit ihm geschlechtlich zu verkehren. Es blieb in der Folge nicht bei diesem einzigen Verkehr, und als sie schwanger wurde und die Eltern sie deswegen verstießen, verfiel sie in eine recht ernste Depression. Infolge ihres Infantilismus, der ja auch schon in der leichtsinnigen Vertrauensseligkeit zum Ausdruck kam, sich einem wildfremden Mann gleich hinzugeben, fand sich das Mädchen von allen, natürlich auch vom Schwängerer, verlassen, in der Situation nicht mehr zurecht. Eine gefährliche Kurzschlußhandlung konnte nur durch Unterbrechung der Schwangerschaft verhütet werden.

Fall 4. Mina A., 20jährig, ledig, Damenschneiderin. Intelligentes, sauberes Mädchen, infolge Schädeltraumas seit früher Jugend taubstumm. Keine Heredität. Die Mutter bringt die Patientin in die Klinik und berichtet, auf dem Wege habe sich die Tochter von ihr losgerissen, sei gegen die Aare zu gesprungen und im allerletzten Augenblick von Passanten zurückgehalten worden. Der Ehemann der Schneiderin, bei welcher sie arbeite, habe sie mehrmals zum Verkehr gezwungen, wenn er abends nach Hause kam und sie noch im Atelier beschäftigt war. Aus Angst, die Stelle zu verlieren, und auch, um ihrer meistens kranken und bettlägerigen Brotgeberin keine Schmerzen zu bereiten, verheimlichte sie das Vorgehen des Mannes und duldete es.

Als sich nun die Folgen einstellten, wußte sie sich nicht mehr zu helfen. In ihrer ratlosen Gelähmtheit drückte sich eine sehr tiefgehende Depression aus, die nicht gleich verschwand, als ihr die Unterbrechung zugesagt wurde, ein Zeichen für die Echtheit, vielleicht sogar für eine bestehende endogene Komponente der Verstimmung. Das Mädchen sah sich des unehelichen Kindes wegen ausgelacht, verspottet, aus der Heimat, die gerade sie sehr nötig hatte, vertrieben, und die Gefahr des Versinkens in solche Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen war um so großer, als ihr wegen der Taubheit die tröstliche Aussprache mit Menschen fast verunmöglicht ist. Die Wege waren einem Verfolgungswahn, wie er bei Schwerhörigkeit auftreten kann, geebnet, was dauerndes Siechtum bedeutete, wenn das Mädchen nicht durch Selbstmord dieser Gefahr zuvorkommen wollte. Um dieses Schicksal von dem sonst sehr braven, tüchtigen und schwer leidenden Mädchen abzuwenden, ließen wir unterbrechen.

Zum Schluß noch kurz ein Fall von reaktiver Depression, bei dem wir den Abort ablehnten.

Fall 5. Frau Hedwig K., 19jährig, verheiratet und Mutter eines 6 Monate alten Kindes. Sie und ihr Mann, der Epileptiker ist, arbeiten zusammen in derselben Fabrik. Die Heredität der Frau ist o. B., die Intelligenz etwas unter dem Durchschnitt. Die Sorgen der Frau, welche die Tiefe einer Depression annehmen, sind durch die wirtschaftlich schlechte Lage der Familie bedingt. Schon das erste Kind wird bei Pflegeeltern auferzogen, und es bedrückt die Frau, ein weiteres Kind zu bekommen, das sie auch fortgeben müßte. Die Verstimmung der Frau ist echt, aber doch zu beeinflussen, und als ihr die Möglichkeit vor Augen gehalten wird, daß der ebenfalls noch sehr jugendliche Mann später ja mehr verdienen werde, und sie dann die Kinder zu sich nehmen könne, beruhigt sie sich. Mit einem Geschenk von Fr. 50.— aus einem Fonds verläßt sie dankbar und getröstet die Klinik. Die Epilepsie des Mannes war für uns natürlich kein Unterbrechungsgrund, und ein Abort wäre in diesem Fall fast der Anerkennung einer sozialen Indikation gleichgekommen, da sich die übrigens nicht allzu tiefe Depression doch verhältnismäßig leicht beheben ließ.

Wir können von diesen wenigen Beispielen von reaktiven Depressionen einige wegleitende Einblicke gewinnen. So in die Bedeutung der sozialen Verhältnisse, welche vor allem in der Ätiologie der Depression selbst eine wichtige Rolle spielen. Wie vorsichtig die Sterilisationsfrage geprüft werden muß, geht auch aus diesen Fällen hervor. Bei keiner der Frauen hielten wir eine Unterbindung für indiziert, und zwar weil es, um wieder mit *Stoeckel* zu reden, in keinem Fall zutraf, daß das Leiden, „dessentwegen die Schwangerschaft unterbrochen worden wäre, nach Ansicht des zuständigen Fachmannes unter keinen Umständen jemals wieder den gefahrlosen Ablauf einer weitern Gravidität zulassen würde". Jede der hier in Rede stehenden Frauen kann unter günstigen Umständen wieder gravid werden ohne Gefahr, von neuem in eine Depression zu geraten. *Morgenthaler* bezeichnet als Hauptsymptom der Schwangerschaftsdepression die Angst. Schon *Bleuler* weist auf die Angst als häufige Begleiterscheinung der Depression überhaupt hin, was namentlich bei den erregten Formen deutlich zutage tritt. So richtig das sicher ist, stehen doch bei mehreren unserer Frauen, die an einer tiefgehenden reaktiven Depression erkrankt sind, nicht die Angst und in deren Begleitung ein Insuffizienzgefühl im Vordergrund,

sondern der vollständige Mangel an Affekten, die völlige Ratlosigkeit und die oft als Gleichgültigkeit oder Apathie imponierende Stimmungslage. Gerade dieser Zustand der Ratlosigkeit schafft eine gefährliche Suizidposition (*Klaesi*). Unser Fall 4 ist hierfür ein schönes Beispiel.

Es ist ja verständlich, daß eine reaktive Depression, obschon zu den sogenannten „Primitivreaktionen" (*Bleuler*) gehörig, bei keiner Frau gleichartig verläuft, ebensowenig wie irgendwelche andern psychotischen Syndrome, sondern weitgehend vom Temperament, Charakter und Intelligenz abhängig ist. „Erregte", „verhaltene", „gedämpfte" (*Morgenthaler*) und andere Depressionen kommen bei Frauen vor, die wohl nicht gerade zu den „einfach Treibenden" oder zu den „Wirklichkeitsnaturen" gehören, sondern eher bei den „ratlos Ängstlichen", „einfach Ablehnenden", „Versagenden", „Treibenden mit warmer Anteilnahme", „Verhaltenen" oder gar „Gehetzten" zu finden sind, um auch einmal die Einteilung der unehelich Schwangeren *Bürger*'s anzuwenden.

Alle diese Einteilungen sind ja aufschlußreich und zeigen die Vielheit der Erscheinungen auch bei scheinbar einfachen Reaktionen, allein es lassen sich beliebig viele solcher Einteilungen nach den verschiedensten Gesichtspunkten aufstellen, und wir wollen uns den Blick nicht einengen lassen durch eine zu einseitige Betrachtungsweise. Es scheint uns wesentlicher, einen Fall eben in seiner Einmaligkeit und besondern Eigenart zu erfassen, und erst aus der Kenntnis der Gesamtpersönlichkeit wird uns auch der Charakter der Depression verständlich, so daß wir es dann gar nicht mehr nötig haben, diese noch zu klassifizieren.

2. Oligophrenien.

Fall 6. Klara T., 26jährig, ledig, Dienstmädchen, imbezill. Von 9 Geschwistern ist eine Schwester epileptisch, sonst angeblich keine hereditäre Belastung. Der Vater ist ein rechtschaffener Mann, Pferdewärter, die Mutter starb an „Schlafkrankheit". Patientin sei in der Schule immer wieder sitzen geblieben und habe schon damals zu Zeiten bösartige und reizbare Verstimmungen gehabt. Mit 20 Jahren lief sie von daheim fort mit der Bemerkung, man habe ihr nichts mehr zu befehlen und führte ein unstetes, liederliches Leben. Ab und zu ließ sie sich noch zu Hause blicken, bis eines Tages die Mutter vernahm, daß sie schwanger sei und es deswegen zu einer bösen Auseinandersetzung kam. Erst Wochen später tauchte sie wieder auf und erklärte, sie habe sich „privat" abtreiben lassen. Nun schickte sie das Frauenspital, angeblich wiederum schwanger, in unsere Klinik. Der Lebenslauf, den sie kurz nach der Aufnahme bei uns schreiben mußte, lautet wörtlich:

„Mein Lebenslauf ich bin in U. Schule gegangen von ersche Klase bis in siebende geboren 1912. Gebursdag 3 Dezember heimator Bümlig als ich auser Schule komme dann Bleibe ich daheim dann helfe ich Arbeiden manhmal helfe ich noch zu den Bauer in Somer und Herbsd und ich wil einmal fort ein ander Schell ich habe ein Schifmutter und ist nicht sufriden immerblage und bin nicht mehr daheime dan gehe ich im Schell ich arbeiden in der Kühe abwaschen u Butsen."

Dieses bemerkenswerte Dokument sagt über die Intelligenz des Mädchens wohl genug, und wir können füglich auf eine Wiedergabe der experimentellen Prüfung

verzichten. Die Imbezillität, verbunden mit der sexuellen Haltlosigkeit und den bösartigen Verstimmungen, die früher wohl als „epileptoid" bezeichnet worden wären, ergeben ein recht schweres Bild. Bei derartigen Naturen sind Kurzschlußhandlungen schon durch geringfügigere Schwierigkeiten auslösbar als eine unerwünschte Gravidität, und wir mußten mit Suizid des Mädchens, oder noch wahrscheinlicher mit einer Tötung des Kindes nach der Geburt rechnen. Aus diesen Bedenken heraus empfahlen wir die Unterbrechung mit nachfolgender Sterilisation. Wie recht hatten wir doch mit unserer Annahme! Einige Monate später bekamen wir die Patientin wiederum eingewiesen. Die Frauenklinik hatte gefunden, daß sie gar nicht gravid war, sondern schon vor einiger Zeit geboren hatte. Im gerichtsmedizinischen Institut befand sich zu jener Zeit die aus der Aare gezogene Leiche eines neugeborenen Kindes, und unsere Patientin gab daraufhin die Kindstötung zu. Unnötig näher zu begründen, daß sofort sterilisiert wurde!

Fall 7. Marta K., 23jährig, ledig, Dienstmädchen, debil. Der Vater ist gesund, die Mutter seit 17 Jahren wegen Katatonie interniert. Das kleine, körperlich fast chondrodystrophe Mädchen wurde uns von der Polizei gebracht, weil es sich wegen Blutschande zurzeit in der Strafanstalt Hindelbank befand. In sehr ärmlichen Verhältnissen aufgewachsen, als Kind bei vielen fremden Leuten verdingt, lebte es seit etwa einem Jahr wieder beim Vater und den Geschwistern. Schon als Schulmädchen hatte es mit mehreren Männern geschlechtlichen Verkehr, angeblich auch mit einem seiner Meister, und zu Hause artete die Sexualität der ganzen Familie ins Unheimliche aus. Es heißt, daß dort alle drei Söhne ganz nach Belieben mit jeder der vier Schwestern verkehrten, und nicht genug damit, hatte unsere Patientin mit allen andern Männern, die nur ein Begehren äußerten, geschlechtliche Beziehungen angefangen. Bei der Unzahl der Möglichkeiten ließ sich natürlich nicht feststellen, wer der Vater des zu erwartenden Kindes sei. Unsere Patientin begründete ihre völlige Hemmungslosigkeit damit, daß die Burschen immer wieder vor ihr Fenster gekommen seien und „gestürmt" hätten. So habe sie halt jeweils mit sich machen lassen, was sie wollten, denn man könne doch auch nicht so sein, und sie habe es ihnen gegönnt.

Bei uns zeigte die Patientin weder eine Depression, noch Reue, sondern viel eher Trotz. Suizidideen habe sie nicht, obschon sie sich schon einmal aufgehängt habe, weil die Brüder behaupteten, sie sei zu dumm, um die Haushaltung zu machen. Man habe sie zwar damals noch „herunterschneiden" können, und auch ein Bruder sei einmal erst im letzten Moment „heruntergeholt" worden.

Die Intelligenzprüfung ergab eine recht schwere Debilität, immerhin hatte die Patientin Einsicht in die Strafbarkeit ihrer blutschänderischen Beziehungen zu den Brüdern. Nun ist aber Blutschande kein Unterbrechungsgrund und die Debilität als solche auch nicht. In diesem Falle wurde der schwere Schwachsinn durch eine sexuelle Hemmungslosigkeit auf wohl psychopathischer Grundlage kompliziert, allein, auch das ergab noch keine rechtsgültige Indikation. Zudem war der Gemütszustand der Patientin gefaßt, und weder Affektstauungen, noch Depressionen ließen auf die Wahrscheinlichkeit von Kurzschlußhandlungen schließen. Der Trotz ergab sich zwanglos aus der unerwünschten Inhaftierung. Wir lehnten deshalb eine Interruptio ab, empfahlen aber, um weitern unehelichen Kindern vorzubeugen, die bei der Natur des Mädchens fast mit Sicherheit zu erwarten waren, der Geburt unverzüglich die Sterilisation anzuschließen.

Fall 8. Frau Emma R., 35jährig, debil, keine hereditäre Belastung, der Mann Handlanger in einem großen Eisenwerk. Die Patientin hatte mit 18 Jahren ein uneheliches Kind von einem Schulkameraden, das nun bei ihren Eltern lebt. Aus der Ehe stammen 2 Kinder, eines davon sei etwas „zurückgeblieben". Die Frau blieb bis zu ihrem 30. Lebensjahr auf dem Bauernhof der Eltern, und lebte nun mit dem Mann in einer recht glücklichen Ehe. Er und sie möchten das 3. Kind ganz gerne, aber die Eltern der Frau erheben Einspruch dagegen. Bei jedem Gespräch weint die Patientin und erklärt auf Befragen, sie sehne sich so sehr nach Hause, wenn nur der Mann sie gleich wieder holen käme.

Wir versuchten, die Patientin zu überzeugen, daß sie bei ihrem Alter doch auf eigenen Füßen stehen sollte, schrieben an ihre Eltern und entließen die Frau, ohne ihr die Unterbrechung gestattet zu haben. Auch hier war eine deutliche Debilität vorhanden, die aber nicht so groß war, daß mit Zwischenfällen gerechnet werden mußte, und zudem stellte sich die Frau selbst positiv zu einem weitern Kind ein. Sie handelt nur unter dem Druck der Eltern, unter deren Einfluß sie wie ein Kind stand, und den wir in erster Linie abzubauen versuchen mußten.

Fall 9. Marie Z., 20jährig, Magd, ledig, imbezill. Die Mutter sei liederlich gewesen, sonst ist über die Familie nichts Abnormes bekannt. Patientin ist bei fremden Leuten und in verschiedenen Heimen aufgewachsen und besuchte die Schule nur bis zur 5. Klasse. Sie ist kaum imstande, ihren Namen richtig zu schreiben, kennt die Uhr nicht, vermag auch einfachste Handarbeiten nicht auszuführen. Ein Bauernknecht zwang dieses tolpatschige, aber gutmütige Mädchen, das bis jetzt noch nie etwas mit Männern zu tun hatte, zum Verkehr, der nicht ohne Folgen blieb. Das Mädchen wurde erst beim Ausbleiben der Periode aufgeklärt. Es hatte keine Ahnung, wie Geschlechtsverkehr, Amenorrhoe und Gravidität zusammenhängen. Die schwere Imbezillität legte die Gefahr von Kurzschlußhandlungen nahe, auch ohne die Bemerkung der Patientin, sie würde sich das Leben nehmen. Solche Äußerungen sind ja immer mit Vorsicht zu beurteilen. Wir empfahlen Interruptio und Sterilisation. —

Ich glaube, diesen Beispielen braucht nicht mehr viel beigefügt zu werden. Es ist klar, daß hier der eugenische Gesichtspunkt stark in den Vordergrund tritt, daß aber trotz der schlechten Erbprognose die Gefahr von Kurzschlußhandlungen den entscheidenden Ausschlag gab.

Einige unserer Fälle, die durch eine zügellose Sexualität auffallen, lassen auch den Gedanken an Kastration aufkommen. Wir haben bis jetzt nicht davon gesprochen, weil kein Fall vorkam, bei welchem dieser Eingriff empfohlen wurde, aber es soll hier einiges mir wichtig Scheinendes nun doch erwähnt werden. *H. W. Maier* betont, daß bei Sexualpsychopathen, deren körperliche Komponente überwiegt, ab und zu ein Erfolg erwartet werden könne. Nach *Frank* verändert sich die Persönlichkeit der Frau durch eine Kastration weniger als beim Mann. Doch sei in der Mehrzahl der Fälle einige Beruhigung der gesteigerten Libido nachweisbar. Nun handelt es sich aber bei unsern Frauen nur sehr selten um ausgesprochen libidinöse; vielmehr sind ihre geschlechtlichen Verirrungen oft Folgen eines „richtungslosen Überbordens" (*Klaesi*), häufig auch einer meist durch den Schwachsinn bedingten allzu leichten Verführbarkeit oder ganz einfach der Unmöglichkeit, das gefährliche und verantwortungslose Handeln einzusehen. Solche Frauen bleiben auch nach der Kastration die Opfer ihrer Anlage. Hinzu treten aber noch die unangenehmen Ausfallserscheinungen, durch welche die Kastrierte erst recht der Öffentlichkeit zur Last fallen kann. Nach diesen sehr zweifelhaften Erfolgen ist es begreiflich, daß wir sozusagen nie eine Kastration empfehlen, sondern unsern Zweck, Verhinderung einer minderwertigen Nachkommenschaft oder Beseitigung der durch die Schwangerschaft bedingten Gefahr für die Mutter durch eine bloße Sterilisation ebenfalls erreichen. Wir glauben auch nicht, daß wir durch die Entfernung

oder Abtötung der Eierstöcke die Gefahr von einer Frau fernhalten können, der Prostitution zu verfallen, wie dies etwa da und dort behauptet wird. Ebensowenig vermögen wir dies natürlich durch eine Sterilisation zu erreichen. In den allermeisten Fällen liegt die Ursache der Prostitution in einer Psychopathie oder gar Geisteskrankheit der Frau, welche durch derartige operative Eingriffe ja in keiner Weise geändert wird. Die Bekämpfung der Prostitution muß u. E. andere Wege gehen.

3. Schizophrenien.

Fall 10. Margrit K., 24jährig, ledig, Verkäuferin. Hebephrenie. Vater und Großvater sind Trinker, sonst keine hereditäre Belastung. Trotz guter Leistungen in der Mittelschule und in der anschließenden kaufmännischen Lehre, brachte es die Patientin eigentlich zu nichts. Sie wechselte häufig die Stellen, und schon Jahre, bevor sie zu uns kam, fiel sie der Familie durch ihr merkwürdiges Benehmen auf. Die Untersuchung des Mädchens war infolge ihrer vielen Sperrungen sehr umständlich, obgleich sie gerne Auskunft gab. Mit dem Vater, der ein kleines Baugeschäft in einem Bauerndorf betrieb, habe sie sich nur selten verstanden. „Er spricht so geringschätzig über die Frauen." Die Patientin ging sehr gerne in die Schule, las viel, vor allem Klassiker, sie habe aber nicht alles „assimiliert". Sie sei immer für sich gewesen, habe keine Freundinnen gehabt, zeitweise war sie sehr religiös und wollte ins Kloster, nach Schulaustritt wußte sie lange nicht, was sie jetzt beginnen sollte. Schließlich machte sie eine Lehre als Verkäuferin, doch man riet ihr, den Beruf nicht auszuüben, da sie zu wenig gewandt mit den Kunden sprechen könne. Sie war dann zu Hause und habe immer vielen Sachen nachstudiert . . . „über die Welt . . . über das Verhältnis der Menschen zueinander". Kurze Zeit war sie als Gouvernante in Frankreich, und als sie wieder nach Hause kam, sei die ganze Umgebung verändert gewesen. Es war ihr, als ob die Leute ganz unnatürlich sprechen würden, so, als hätte man ihnen vorher gesagt, was sie reden müßten. Dabei wurde sie so bedeutungsvoll angeschaut. Sie bildete sich ein, die Welt müsse noch einmal erlöst werden, diesmal durch eine Frau. Sie spazierte mit einer Kameradin auf einen Hügel, und es kam ihr vor, als würde sie auf Golgatha gehen. Die Begleiterin fragte sie so merkwürdig, ob sie die Erlöserin wäre, und es war ihr, als müßte sie die Freundin auf den Hügel hinauftragen. Doch brachte sie die Kraft nicht auf, fiel um, und dann gab es einen furchtbaren Schrei. Sie lief in kalter Nacht in den Wald, zog Schuhe und Strümpfe aus und hoffte zu erfrieren, doch sei sie nicht eingeschlafen. Dann trank sie Tinte, weil sie nichts anderes fand, um sich zu vergiften. An Männer dachte sie nie, doch machte sie sich große Sorgen, weil sie nichts war und nahm schließlich eine Stelle als Dienstmädchen an. Im Hause lebte der Sohn der Familie, der Gärtner und gerade arbeitslos war. Er hatte deswegen schwere Depressionen, und sie verspürte den Drang, ihm zu helfen. Beide konnten zwar nur wenig sprechen, dafür kam es aber zur „Explosion von Gefühlen". Er war der erste Mann, der ihr einen Kuß gab, durch den sie ganz aus dem Gleichgewicht gebracht wurde. Als sie eines Abends allein zuhause waren, beschlossen sie, zusammen zu schlafen. Sie dachte gar nicht an Geschlechtsverkehr, sondern nur daran, auf diese Weise recht lange mit ihm sprechen zu können. Doch es kam, wie es kommen mußte, und als sie merkte, daß sie schwanger war, mußte sie völlig verwirrt nach Hause gebracht werden. Sie schickte dem Geliebten noch einige eigene Gedichte, doch er dankte nie, und sie schloß daraus, daß er sie vergessen habe. Das Kind wollte sie nicht austragen, sie könne ihm keine Mutter sein. Zuerst habe sie daran gedacht, sich umzubringen, eigentlich aber wolle sie nur das Kind töten, doch wisse sie nicht, wie man das mache. Übrigens sei ihr jetzt alles gleich. Sie erzählt mit einer merkwürdigen Mischung von Haß, Liebe und Gleichgültigkeit, und irgendwelche mütterlichen Regungen kennt sie nicht. Der Vater berichtet uns noch über das seltsame Gebaren der Tochter, daß sie

ganz verdrehte Briefe geschrieben habe, zuhause überspannt fröhlich, dann wieder äußerst deprimiert gewesen sei, oft beim Spazieren Schuhe und Strümpfe ausgezogen habe und mit bloßen Füßen durch die Jauche geschritten sei, und noch zuletzt in ihrer Stelle habe sie statt den Tisch zu decken, denselben ganz sinnlos mit Blumen dekoriert. Einige Proben aus ihrem Lebenslauf zeigen, daß wir es hier mit einer Persönlichkeit von ganz anderer Art zu tun haben als bei den bisherigen. „Ich bin von jeher Außenseiterin gewesen und war lieber in Gesellschaft meiner Brüder als bei meinen Schulkameradinnen. Oft habe ich gewünscht, ein Junge zu sein. Die Entwicklungsjahre brachten eine Veränderung mit, die sich vor allem in meiner Gefühlswelt bemerkbar machte. Ich wurde sentimental, ich machte Tagebuchnotizen. Ich bekam große Freude an meiner Arbeit, weil ich endlich auf eigenen Füßen stand. Ein Sohn des Hauses weckte durch seine Hilflosigkeit mein Interesse. Er litt an Depressionen. Obwohl wir selten Gelegenheit hatten, miteinander zu sprechen, bekam eines für das andere Sympathie. Der geschlechtliche Verkehr kam nach einem Tage zustande, der mir ganz außerordentlich erschienen war. Die ganze Familie schlief auswärts, man fragte mich noch, ob ich mich nicht fürchten würde allein im Hause. Da meldete sich unerwartet der junge Mann an. Er erschien spät in der Nacht. Wir beschlossen, gemeinsam zu schlafen. Er begann sofort mit dem Verkehr. Ich war verängstigt. Meine Frage, ob ich wohl schwanger werden könnte, wurde verneint. Das ganze Tun des Burschen wurde in meinen Augen zur Mission. Ich hatte in diesem Augenblick unbegrenztes Vertrauen zu ihm. Nach dem Akt ging er in sein Zimmer. Ich schlief kaum mehr bis zum Morgen. Und da war ich zu der Überzeugung gekommen, daß ich durch diesen ersten Geschlechtsverkehr gleichsam operiert worden war, und daß sich meine Organe langsam umbilden würden in die eines Mannes.

Dieses Geheimnis lastete aber schwer auf mir. Es kam zu Wutausbrüchen, als ich meine Ohnmacht dem jungen Leben gegenüber erkannte. Gerne hätte ich es vernichtet, dachte auch daran, mich selber umzubringen, falls mir das erstere nicht gelingen sollte. Solche Vorstellungen wechselten mit Ergebung in das Unabänderliche. Ich bin nie feige gewesen, ich stehe zu dem, was ich tue, und so schäme ich mich gelegentlich recht sehr vor allen Mädchen, denen das Gleiche passiert ist, wenn ich daran denke, daß mir geholfen würde. Heiraten würde ich mit Widerwillen, eher würde ich das Kind allein aufziehen."

Obschon diese Sätze so geordnet klingen, fühlt man doch etwas schwer Beschreibbares, Fremdes heraus. Und obschon Halluzinationen nicht mit Sicherheit nachgewiesen werden konnten, und die Erlöserwahnidee scheinbar korrigiert war, steht die Diagnose Schizophrenie doch mit Sicherheit fest, und sie erinnert in vielem trotz den Sekundärsymptomen an jene einfachen Formen, wie sie *Wyrsch* beschrieb, bei denen die „Unfähigkeit zur Selbstgestaltung" als besonders deutliches Merkmal hervorsticht, was von intelligenten Kranken auch als sehr zermürbend empfunden wird und deshalb schon an und für sich den Boden für depressive Verstimmungen schaffen kann.

Wir mußten damit rechnen, daß die Patientin ihr Kind oder sich töten würde, oder daß sich durch die Schwangerschaft, die so gefährlich in ihr Erleben eingriff, noch tiefer in den schizophrenen Prozeß gerate. Wir empfahlen deshalb Unterbrechung, und um diese Gefahren ein für allemal zu beseitigen, gleichzeitig Sterilisation des Mädchens. Nach diesen Operationen trat die Patientin wieder in unsere Klinik ein und konnte bald darauf in wesentlich gebessertem Zustand in eine neue Stelle entlassen werden. Was ihre Krankheit anbetraf, mußten wir eine zweifelhafte Prognose stellen.

Wir sehen an diesem Beispiel, wie bei der Schizophrenie neue Fragen auftreten, auf die wir freilich nur hinweisen können, ohne uns länger mit ihnen zu beschäftigen.

Fall 11. Frau Margrit T., 42jährig, verheiratet, Pfropfhebephrenie. Der Mann ist Bauhandlanger, meistens arbeitslos, und die Familie mit ihren 8 Kindern muß weitgehend von der sozialen Fürsorge unterstützt werden. Ein halbes Jahr bevor die Frau wegen ihrer Gravidität zu uns kam, war sie bereits eines hebephrenen Schubes wegen

in unserer Klinik gewesen. Sie war damals zuerst sehr erregt, läppisch und zerfahren gewesen und sprach lange Zeit auf keine Therapie an. Nach einer kurzen Cardiazolkur konnte sie stark gebessert nach Hause entlassen werden, und seither habe sie auch den Haushalt ganz ordentlich besorgt. Eine gewisse schizophrene Steifigkeit und ein deutlicher Autismus ließen sich auch jetzt noch nachweisen, und zudem machte sich die Frau wegen der bestehenden Gravidität schwere Sorgen. Sie fürchtete, ein ebenfalls krankes Kind zu bekommen, und fühlt sich bei der schlechten wirtschaftlichen Lage einer neuen Schwangerschaft nicht mehr gewachsen. Der Ausbruch eines neuen Schubes und damit vielleicht einer dauernden Internierung der Frau lag in bedrohlicher Nähe. Zu dieser Gefahr kamen noch das Alter der Patientin, die mißliche Lage, ihre 8 Kinder und die eugenische Seite hinzu, so daß der Entscheid gegeben war. Wir ließen unterbrechen und sterilisieren.

4. Epilepsien.

Fall 12. Lydia M., 33jährig, ledig, Haushälterin, genuine Epilepsie. Die Mutter verübte 1932 Selbstmord, sonst keine hereditäre Belastung. Patientin stammt aus einer zahlreichen, armen Familie und kam als Verdingkind schon früh zu fremden Leuten. Sie sei eine gute Schülerin gewesen, lernte das Kochen und hatte verschiedene Stellen als Serviertochter und Köchin inne. 6 Jahre vor ihrer Internierung verübte ihre Mutter Suicid. Seit jener Zeit leidet die Patientin an epileptischen Anfällen, die immer unmittelbar vor der Periode auftreten. Vor 3 Jahren lernte sie einen Witwer kennen, verlobte sich mit ihm und schaffte eine Aussteuer an, im Glauben, die Heirat stehe kurz bevor. Vor einem Jahr aber fing sich das Benehmen des Bräutigams, der ihrer offenbar überdrüssig geworden war, zu ändern an. Er wurde grob und gewalttätig, und sie zog sich etwas von ihm zurück, mietete ein eigenes Zimmer, nachdem sie vorher als Haushälterin bei ihm gewohnt hatte, und verstaute darin ihre ganze Aussteuer. Einige Male kam es aber doch noch zum Verkehr der beiden, und unsere Patientin wurde gravid. Als der Bräutigam von der Schwangerschaft erfuhr, ließ er sie einfach sitzen, da er an seinen 2 Kindern schon genug hatte. Zu Beginn ihrer Gravidität habe sie sich sehr wohl gefühlt und auch keine Anfälle mehr gehabt, nun aber seien diese wieder in verstärktem Maße aufgetreten.

Die Untersuchung ergab, daß Frl. M. an einer deutlichen epileptischen Verblödung litt, die sich als Störung der Merkfähigkeit, der Wortfindung und der Auffassung manifestierte. Ferner zeigte sich eine epileptische Charakterveränderung im Sinne von Weitschweifigkeit und Umständlichkeit, Empfindlichkeit und Gefühlsduselei. Durch die Zunahme der Anfälle aufmerksam gemacht, mußten wir mit der Gefahr eines Status epilepticus rechnen, welchem wir durch Unterbrechung der Schwangerschaft vorbeugen konnten. Da sie infolge ihrer Demenz der Gefahr ausgesetzt war, den Männern von Neuem zu viel Zutrauen entgegenzubringen und ihre schlechten Erfahrungen nicht richtig zu verwerten, so daß sie wohl bald wieder schwanger würde, mußte der Unterbrechung auch gleich die Sterilisation angeschlossen werden.

Fall 13. Frau Rosa G., 28jährig, verheiratet, genuine Epilepsie, ein Bruder und eine Kusine vs. ebenfalls epileptisch. Patientin war eine gute Schülerin, ist nie sitzen geblieben und bekam mit 16 Jahren (Menarche) die ersten Anfälle. Sie heiratete einen Witwer mit 2 Kindern, der von Beruf Schreiner und meistens arbeitslos war. Sie gebar ihm ein Kind und litt nach Beschreibung des Ehemannes seit dieser Geburt neben den Anfällen noch an Absenzen. Es zeigte sich eine fortschreitende Demenz, die schon so weit geführt hatte, daß die Patientin „nicht mehr recht im Haushalt zu gebrauchen" war. Unsere Untersuchungen ergaben eine epileptische Umständlichkeit, übertriebene Dienstbeflissenheit und Zuvorkommenheit, ja Klebrigkeit. Die einst intelligente, gute Schülerin war nicht imstande, eine kleine Fabel, selbst nach zweimaligem Lesen, richtig zu erzählen, und einfache, ihr zur Deutung vorgewiesene Bilder erklärte sie sehr umständlich und meist falsch. Auch rechnete sie unsicher. Die Hauptstadt der Schweiz war ferner ihrer Ansicht nach Paris und unsere Regierung der

Völkerbund! Diese deutliche Demenz hatte sich besonders seit der Geburt des Kindes entwickelt. Es stand zu befürchten, daß eine zweite Geburt eine weitere Verschlimmerung des Zustandes mit sich bringe. Wir ließen deshalb wiederum unterbrechen und sterilisieren.

Bei einer Verschlechterung des Zustandes während der Gravidität muß immer mit dem Ausbruch eines Status gerechnet werden, wie folgende Erfahrung aus unserer Poliklinik zeigt:

Fall 14. Verena R., 25jährig, ledig, Glätterin, Patientin stand kurz vor der Heirat. Sie war im 3. Monat schwanger und litt seit Jahren an einer genuinen Epilepsie. Das Frauenspital schickte sie in unsere poliklinische Sprechstunde zur Prüfung einer möglichen Unterbrechung. Wir lehnten diese ab, da eine Epilepsie als solche keine Abortindikation sein kann. Drei Tage nach der Ablehnung vernahmen wir, daß bei der Patientin plötzlich gehäufte Anfälle auftraten, welche den drohenden Charakter eines Status epilepticus annahmen. Die sofort ausgeführte Interruptio hat der Patientin vielleicht das Leben gerettet.

5. Psychopathien.

Wie schon bei der allgemeinen Übersicht über unser Material erwähnt, ist nicht nur der Begriff „Psychopathie", da es so viele Typologien gibt, seinem Inhalt und Umfang nach recht unbestimmt, sondern auch die Bezeichnung der einzelnen Formen wechselt von Autor zu Autor. Wir kennen darum die Diagnose Psychopathie eigentlich überhaupt nicht anders als im Zusammenhang mit der genauern Bestimmung der krankhaften Abweichung von Anlage und Reaktion. Hier hatten wir es mit 2 schizoiden Psychopathien, einer hypochondrischen Neurasthenie und einem moralischen Defekt zu tun.

Fall 15. Frieda B., 34jährig, ledig, Dienstmädchen, Schizoidie. Mit Ausnahme eines moralisch defekten Cousins ist keine hereditäre Belastung bekannt. Die Patientin wurde uns von der Polizei als Gutachtenfall eingewiesen. Sie stammt aus einer armen Fabrikarbeitersfamilie, hat 10 Geschwister, und ihre Mutter starb früh an Lungentuberkulose. Frl. B. hatte selbst schon eine aktive Lungen-Tb. durchgemacht. In der Schule zweimal sitzengeblieben, wurde sie nachher Fabrikarbeiterin und beging vor 11 Jahren, als sie aus einem Lungensanatorium entlassen wurde, ihre ersten Betrügereien. Sie kehrte nicht nach Hause zurück, sondern ging in eine Pension und kaufte allerlei auf Kredit, ohne die geringste Möglichkeit, etwas bezahlen zu können. 6 Jahre lang folgte nun ein kleiner Betrug dem andern, so daß sie in dieser Zeit neunmal bestraft werden mußte. Daraufhin wurde sie während 3 Jahren in einer Armenanstalt versorgt, doch kaum entlassen, fing sie wieder mit Betrügereien und kleinen Diebstählen an und kaufte Geschenke, die sie nicht bezahlen konnte. Einmal pumpte sie auch von einer Freundin Geld und gab ihr als Pfand in einem verschlossenen Umschlag ihr Kassenbüchlein. Als sie die Schuld nicht zahlen konnte, und der Umschlag geöffnet wurde, enthielt er nur wertlose Papiere. Dieser vielen kleinen Betrügereien wegen wurde sie uns zugewiesen. Die Patientin hatte schon ein außereheliches Kind, und wir stellten als Nebenbefund unserer Untersuchung noch eine Gravidität im 3. Monat fest. Unsere eigenen Beobachtungen ergaben bei Frieda B. eine gewisse Abnormität ihres Gemütslebens, indem sie einerseits ganz kontaktlos und fremd dastand, andererseits aber doch gewisse Beziehungsideen bildete, indem sie meinte, man habe es auf sie abgesehen und wolle ihr mit diesen oder jenen rein zufälligen Vorkommnissen irgendetwas zu verstehen geben. Daneben klagte sie spontan über Schwierigkeiten im Gedankenablauf, da sie glaubte, die Gedanken würden ihr weggenommen, oft habe sie so-

gar das Gefühl gehabt, „gar nicht mehr da zu sein". Zudem litt sie an einem starken Geltungsbedürfnis, spielte gerne eine Rolle und wollte jemand sein, der geliebt und geachtet wird. Infolge ihrer Rapportunfähigkeit schlug sie dabei oft ganz unsinnige Wege ein. Um die Liebe eines Burschen zu erringen, gab sie sich z. B. als Erbin eines großen Hofes aus. In einer Familie gefiel sie sich als Glücksfee mit gestohlenen Geschenken. Die ausgesprochene Beziehungslosigkeit, die z. B. auch darin zum Ausdruck kam, daß sie nicht einmal die Aare beim Namen nennen konnte, obgleich sie schon lange Zeit in Bern lebte, die autistischen Unbedenklichkeiten und Spielereien mit Wunschphantasien, die Schwierigkeiten des Gedankenganges und die Neigung zu Beziehungsideen sprachen für die Zugehörigkeit der Patientin zum schizophrenen Formkreis. Von einem eigentlichen progredienten Prozeß konnte nicht gesprochen werden, obschon die Gefahr bestand, daß die „latente Schizophrenie" in eine manifeste Psychose überging. Um diese Gefahr zu bannen, ließen wir unterbrechen und die Sterilisation anschließen. Die Patientin war damit umso eher einverstanden, als sie gar keine Gefühle weder dem zu erwartenden Kind, noch dessen Vater gegenüber empfand, welch letzterer nur eine kleine und unwichtige Rolle in ihrem Leben spielte. Als sie nach der Operation wegen Verdachts auf Darmtuberkulose in ein Bezirksspital kam, brannte sie dort durch, verübte wiederum, bis sie gefaßt und von neuem zu uns gebracht wurde, eine ganze Menge Diebstähle und Betrügereien. Sie blieb noch 2 Jahre in stets gleichem Zustand in unserer Klinik — wir hatten sie als unzurechnungsfähig erklärt — bis sie schließlich in einer Armenanstalt versorgt wurde. Zur Zeit der Unterbrechung war der Zustand der Patientin so, daß in kurzer Frist nicht entschieden werden konnte, ob eine „latente Schizophrenie" oder eine psychopathische „Schizoidie" vorlag. Wir mußten mit der Gefahr des Ausbruches einer manifesten Psychose rechnen, und zwar umso eher, als ja auch schizoide Psychopathen und nicht nur latent Schizophrene häufiger erkranken als gesunde Durchschnittsmenschen. Die lange Zeit der Beobachtung, welche uns nach der Unterbrechung zur Verfügung stand, erwies aber, daß es sich bei Frl. B. um eine abnorme Konstitution und nicht um den Beginn eines Prozesses handelte.

Fall 16. Frl. Helene St., 24jährig, ledig, Lehrerin, schizoide Psychopathin. Der Vater war Trinker, wegen Ehebruchs von der Mutter geschieden, diese selbst öfters „schwermütig". 3 Brüder der Mutter sind nach Rußland, Nord- und Südamerika ausgewandert. Patientin verlebte ihre Jugend in einem großen Bauerndorf, wo der Vater Lehrer war. Zu Hause ein Tyrann, war er im Dorfe beliebt und brachte es im Militär bis zum Hauptmann. Oft meldete er sich ehrgeizig zu freiwilligen Diensten und hatte schließlich in seinem Dienstbüchlein die stattliche Zahl von 2000 Diensttagen aufgezeichnet. Die Mutter opferte sich dabei für ihn auf, er brauchte nicht nur seinen Sold, sondern sie mußte ihm stets noch von ihrer kleinen Pension Geld schicken. Als Schülerin des eigenen Vaters hatte es unsere Patientin nicht leicht. Er brüllte sie an und gab ihr jeweils, wenn in der Klasse etwas geschah, kollektiv für Alle Prügel. So machte sie eine recht schwere Jugend durch und litt sehr unter der Härte und Gefühllosigkeit des Vaters. Nach der Schulentlassung wollte er sie als Dienstmädchen ins Welschland schicken, obgleich sie doch so gerne Medizin studiert hätte. Schließlich einigten sie sich für das Seminar, und sie wurde Lehrerin. Auch die Seminarzeit war nicht leicht für Frl. St. Sie fand mit ihrem eingeschüchterten, „verschupften" Wesen nirgends Anschluß und galt als Eigenbrödlerin und Außenseiterin. Als sie nach der Abschlußprüfung nicht gleich eine Anstellung fand, arbeitete sie als Köchin oder Strickerin in allerlei Gelegenheitsstellen. Schließlich wurde sie in eine Privatschule auf einem abgelegenen Posten des Berner Jura gewählt, wo sie nun über 2 Jahre ihren Beruf ausübte. In diese Zeit fiel auch die Scheidung der Eltern, durch die sie sehr mitgenommen wurde. Der Vater zeigte sich dabei als rücksichtsloser Rohling, der zynisch erklärte, die Mutter nur des Geldes wegen geheiratet zu haben, um im Militär aspirieren zu können. Nun hatte er eine andere, Jüngere gefunden und ließ die Frau einfach sitzen. Mit all diesen Sorgen, zu denen noch eigene ungeklärte Probleme stießen, allein gelassen, fing unsere Patientin an, sich mit dem Katholizismus zu beschäftigen, bis sie endlich in

aller Form konvertierte. Sie lernte in ihrer Abgeschiedenheit einen jungen Mann kennen, einen Knecht, der sie durch seine Natürlichkeit und unverbildete Intelligenz sehr anzog. Nach 4monatiger Bekanntschaft kam es zu sexuellen Beziehungen, ihren ersten, und es schien, als ob sie dem Mann völlig hörig gewesen sei. Sie habe ihn nicht heiraten können, da er noch für den Vater und seine 11 Geschwister verdienen mußte. Als sie von ihm schwanger wurde, verließ sie ihre Stelle, um als Serviertochter etwas mehr zu verdienen. Sie fühlte sich durch die unerwünschte Gravidität von ihrer ganzen Laufbahn abgedrängt, brach schließlich die aussichtslosen Beziehungen zum Geliebten ab und erzählte die ganze Geschichte auch der Mutter. Ratlos und aufs tiefste niedergeschlagen suchte sie uns auf. Ihre ohnehin nur losen Beziehungen zur Umwelt waren durch das Ereignis völlig abgerissen. Allein und isoliert, von der jammernden Mutter in keiner Weise unterstützt, lief sie Gefahr, die verlorenen Bande, die jeden gesunden Menschen mit seiner Umwelt verbinden, nie mehr anknüpfen zu können, was eine ernste, dauernde Schädigung bedeutet hätte, und was umso eher möglich war, als sie wohl nie mehr die Kraft aufgebracht hätte, ihren Beruf als Lehrerin auszuüben.

Ein Jahr nach der Unterbrechung, die wir ausführen ließen, kam die Patientin von neuem in unsere Klinik, wiederum gravid. Erst 14 Tage vorher hatte sie endlich eine Stelle als Lehrerin gefunden, nachdem sie lange Zeit, um nur ihr Leben verdienen zu können, Dienstmädchen gewesen war. Vor einigen Monaten lernte sie in einem Dancing, wo ja, neben vielen anderen natürlich, besonders gerne Leute mit gestörten Umweltsbeziehungen ihre Kontaktlosigkeit zu überwinden suchen, einen Mann kennen, der ihr durch die traurige Erzählung seines unglücklichen, von Frauen zerstörten Lebens gleich tiefen Eindruck machte. Da er daneben aber sehr sicher auftrat und von seinem großen Einkommen als Maler sprach, ließ sie sich völlig von ihm einnehmen und merkte bei ihrem fehlenden Wirklichkeitssinn gar nicht, daß sich der Mann schließlich von ihr aushalten ließ und ihr unter fadenscheinigen Gründen all die mühsam erarbeiteten Ersparnisse abnahm. Als sie schwanger wurde, erkundigte sich die Mutter nach dem Bekannten ihrer Tochter, und es stellte sich heraus, daß dieser ein übelbeleumdeter, der Polizei bestens bekannter Taugenichts war. Nun löste sie das Verhältnis und suchte einen Frauenarzt auf, der sie uns zuschickte. Wiederum standen wir vor der gleichen Situation, und wir konnten diesmal eine Unterbrechung nur mit gleichzeitiger Sterilisation gestatten, da wir andernfalls mit noch vielen Zwischenfällen dieser Art hätten rechnen müssen. Davon wollte sie aber nichts wissen. Sie sei noch zu jung, um endgültig auf Kinder verzichten zu können, und nebenbei bereue sie die erste Unterbrechung schon genug. Sie liebe ihren damaligen Freund immer noch und hätte gerne das Kind von ihm. Von diesem Menschen aber, der sie jetzt geschwängert habe, wolle sie unter gar keinen Umständen ein Kind. Wir konnten ihr nicht helfen, da sie hartnäckig die Sterilisation verweigerte, und entließen sie ohne Zeugnis. Ich zitiere einige Stellen aus ihrem Lebenslauf, der aus einer merkwürdigen Mischung von falsch verstandenem „Stil", fast im Sinne eines Intelligenzkomplexes und von krankhaft anmutender Fremdheit besteht:

„Wir fühlten uns auch in Ehe verbunden. Unser Zusammenfinden hatte mit Begierde nie und mit Lust selten etwas zu tun. Wenn gelegentlich doch, schämten wir uns nachher. Meistens war es eine heilige Angelegenheit, die mit der Zeit ein Kind verlangte."

„Ich wollte mein Kind, mein einziges aus dieser schönen Liebe, opfern für meine Angehörigen. Ich ging auch wirklich lange als Kindsmörderin umher."

„Nun wollte ich also sterben. Manchmal kann man mit dem Willen die motorischen Kräfte und Vorgänge beeinflussen. Ich konnte es nicht. Mein Tier hat mich aus der Narkose wachgebrüllt. Mein Körper erholte sich rasch. Aber ich wußte nicht mehr, was ich mit mir anfangen sollte. Ich war so in der Gemeinschaft mit Arthur aufgegangen, daß ich meine selbständige Energie ganz aufgegeben hatte. Interesselosigkeit, Weltverachtung. Nach und nach ging es besser, ich bekam Interesse für kleine Dinge, dann für größere."

Die Prognose bei dieser Patientin ist sicherlich recht schlecht. Ihre schizoide Kontaktlosigkeit wird sie immer wieder in Lagen bringen, aus denen sie sich ohne Hilfe von außen nicht befreien kann, und diese ständigen Verwicklungen können einen schizophrenen Prozeß auslösen oder sie eines Tages in den Selbstmord treiben, welcher ihr sicher stets als letzter und leicht zu begehender Ausweg erscheinen würde, da sie durch keine festen Bande irgendwo verankert ist. Wir konnten uns dennoch nicht zu einer Interruptio ohne Sterilisation entschließen, da wir sonst bei ihr oder andern ähnlichen Fällen schließlich jedes Jahr eine neue Schwangerschaft unterbrechen müßten.

Fall 17. Frau Lina R., 39jährig, verheiratet, hypochondrische Neurasthenie. Eine Schwester der Patientin war wegen Katatonie einige Zeit in der Waldau interniert. Die Frau war glücklich verheiratet, nur litt die ganze Familie unter der schon 4 Jahre dauernden Arbeitslosigkeit des Mannes, der von Beruf Metzger war. Von den 2 Kindern war ein Knabe auch nicht gesund, er klagte über Kopfschmerzen, erbrach viel und war jähzornig. Die Patientin selbst hatte schon seit ihrer Jugend an heftigen Magen- und Kopfschmerzen gelitten. Ihr kummervolles Gesicht und das abgemagerte Aussehen drückten ihre Sorgen und Beschwerden schon äußerlich sichtbar aus. Es stand zu befürchten, daß diese Beschwerden und Klagen über die verschiedensten „nervösen" Erscheinungen, durch die unerwünschte Gravidität schon verschlimmert, noch mehr zunehmen würden und vielleicht sogar die völlige Arbeitsunfähigkeit der Frau zur Folge haben könnten. Die noch vorhandene deutliche Debilität erschwerte ein therapeutisches Angehen dieser Hypochondrie, und wir ließen die Schwangerschaft unterbrechen, mit gleichzeitiger Sterilisation der Frau.

Fall 18. Frl. Marie S., 24jährig, ledig, Dienstmädchen, moralisch defekt. Der Vater war Trinker, die Mutter Dirne. Als kleines Kind den Eltern weggenommen, ist die Patientin in den verschiedensten Heimen und Versorgungsanstalten aufgewachsen. Überall machte sie große Schwierigkeiten, arbeitete nicht, war ungehorsam, frech und renitent. Als sie erwachsen war, hatte sie eine ganze Menge Stellen inne als Dienstmädchen in Hotels, und einmal eine Lehrstelle als Köchin in einem Spital. Nirgends konnte sie sich halten. Ihr unstetes Wesen trieb sie fort, wenn sie nicht gar eines Diebstahls wegen entlassen wurde, was bei ihr recht oft vorkam. In ihrer Haltlosigkeit machte sie zahlreiche Männerbekanntschaften, so daß auch der Vater des zu erwartenden Kindes nicht bekannt war. Ein „Charles" oder ein „Robert" kämen da in Frage, die Patientin wußte aber die Familiennamen der beiden nicht. Es handelt sich bei Frl. S. nicht um eine bloße Haltlosigkeit, sondern um eine gemütlose, moralisch schwache Psychopathin. Auch in jenen Stellen nämlich, in denen sie es nach ihrer eigenen Aussage sehr schön gehabt hatte, und man sie trotz ihres Vorlebens gut behandelte, stahl sie, was sie konnte, ohne Gefühl der Reue oder des schlechten Gewissens. Diese Lebensführung ging auch viel zu weit, um mit Trotz oder Verwahrlosung erklärt werden zu können, obgleich beides an ihrem Verhalten ursächlich mitbeteiligt war. Der Charakter der Patientin, der ein soziales Leben fremd war, die schlecht und gut lebte, wie es ihr gerade paßte, legte die Möglichkeit nahe, daß sie in aller Gleichgültigkeit sich oder einem Kinde Schaden zuzufügen imstande wäre. Wir ließen deshalb unterbrechen und sterilisieren, womit sich die Patientin auch ohne Zaudern einverstanden erklärte.

6. Gesunde.

In allen Fällen von geistiger und seelischer Gesundheit wurde von uns, wie schon gesagt, mit einer einzigen Ausnahme eine Interruptio abgelehnt. Ich beschreibe vorerst je einen Fall von Notzucht und Schändung, die zeigen können, daß auch noch so schwerwiegende Umstände allein keine

Indikation darstellen, wenn auch eine Ablehnung in solchen oder ähnlichen Fällen für unser Empfinden nicht immer leicht ist.

Fall 19. Frieda L., 19jährig, Haustochter, ledig, angeblich keine hereditäre Belastung. Die Mutter, welche einen abgehärmten und viel depressiveren Eindruck macht als die Tochter, erzählt uns folgende Geschichte: Sie sei einige Tage fort gewesen, und in dieser Zeit habe der Vater, offenbar ein Haustyrann und Rohling, vor dem die ganze Familie zittert, mit einem Nachbarn eines abends in der Wirtschaft getrunken, sei dann mit diesem Mann, der als Spaßmacher und großer Schürzenjäger im Dorf bekannt sei, nach Hause gekommen und habe hier weitergezecht. Der Vater sei stark betrunken gewesen, und diesen Zustand habe der Mann benutzt, um ins Zimmer der Tochter zu dringen. Diese sei aber erwacht und habe geschrien, worauf der Nachbar die Kammer verlassen mußte, um jedoch einige Zeit später durch das Fenster wieder einzusteigen. Er habe die Tochter trotz aller Gegenwehr einfach vergewaltigt. Sie habe wohl geschrien, allein der Vater schlief fest in seinem Rausch, und die Nachbarn hätten zwar den Lärm gehört, doch geglaubt, der Vater prügle wieder einmal die Tochter durch.

Mutter und Tochter wagten nun diesen Sachverhalt dem Vater nicht zu sagen. Die Patientin selbst erklärte, ohne die geringsten Zeichen von Depression, sie gehe, wenn wir ihr nicht helfen wollten, nach Italien zu ihrer Schwester und wolle dort ihr Kind erwarten.

Wir selbst konnten angesichts dieser Verhältnisse nichts anderes raten, als den Mann wegen Notzucht, die für uns in keiner Weise bewiesen war, anzuklagen, doch wollten Mutter und Tochter dies wegen des drohenden Skandals nicht tun. So blieb uns nichts übrig als die Patientin unverrichteter Dinge nach Hause zu entlassen.

Fall 20. Margrit R., 15jährig, Schulmädchen. Die Patientin war die Tochter einfacher, verschuldeter Kleinbauern, über die bis jetzt nichts Auffälliges bekannt war. Nach Angabe des Pfarrers habe ihm der Vater stets einen verschlagenen, fast unheimlichen Eindruck gemacht. Die Mutter beschrieb er als eine robuste, eher kalte Frau. Margrit war das zweitjüngste von 8 Kindern, die alle gesund und normal waren. Sie ging das letzte Jahr in die Schule, sei stets eine recht gute Schülerin gewesen, nie sei etwas Besonderes vorgefallen, was zu Besorgnissen Anlaß gegeben hätte. Nur die Mutter sagte aus, daß sie das Mädchen immer vor den Buben warnen mußte, da sie das Gefühl hatte, es neige zu Leichtsinn. So sei die Tochter jeden Abend ins große Nachbardorf Besorgungen machen gegangen und sei dann oft mit den Dorfbuben zusammen gewesen, doch glaubte die Mutter nicht, daß dabei ernstzunehmende Geschehnisse vorgefallen seien. Der Pfarrer, bei dem das Mädchen in die Unterweisung ging, bemerkte nun seit einigen Wochen eine Unaufmerksamkeit und Depression, die mit dem vorher so unauffälligen Verhalten in Widerspruch standen; das Mädchen jedoch habe auf alle Fragen nur ausweichend geantwortet. Erst als es der Mutter das Ausbleiben der Periode mitteilte, und der konsultierte Arzt eine Gravidität feststellte, kam der blutschänderische Verkehr des Vaters ans Licht. Er war auch sofort geständig, und es stellte sich heraus, daß er schon vor Jahren mit den andern Töchtern geschlechtlich verkehrt hatte, ohne daß damals die Öffentlichkeit davon Kenntnis bekam. Nur die Mutter soll es gewußt, aus Furcht vor der Bestrafung des Vaters aber geschwiegen haben.

Unsere Untersuchung ergab, daß Margrit R. körperlich fähig war, ein Kind auszutragen und zu gebären. Psychisch war sie anfänglich depressiv, still und weinte viel. Langsam wandelte sich aber die Stille in Trotz und Verdrücktheit um. Das Mädchen gab bereitwillig Antwort auf gleichgültige Fragen, verweigerte aber jede Auskunft, sobald man etwas für sie Unangenehmes fragen wollte. Nicht die Tatsache, daß der Vater Blutschande mit ihr getrieben, sondern der unbequeme Zwischenfall, ein Kind zu bekommen, verursachte die nur sehr oberflächliche Depression. Als dann noch vom

Frauenspital bekannt wurde, daß das Mädchen den Zimmergenossinnen mehr als kräftige Witze erzählt hatte, wurde es völlig unwahrscheinlich, daß die Geburt des Kindes für die Patientin ein dauerndes seelisches Siechtum zur Folge haben könnte. Es stand im Gegenteil zu befürchten, daß durch eine Unterbrechung bestätigt würde, solche Kleinigkeiten wie eine Schwangerschaft seien rasch aus dem Wege geräumt, was womöglich einer Ermunterung für das Mädchen gleichgekommen wäre, in ihrer Einstellung zu verharren. Die Gleichgültigkeit und Verdrücktheit des 15jährigen Mädchens mahnten zur Vorsicht. Das Verantwortungsgefühl konnte durch die Geburt geweckt werden, und mit einer Nacherziehung mußte gutgemacht werden, was das elterliche Haus geschadet hatte. Wir konnten nicht unterbrechen, da weder Blutschande, noch die Jugend des Mädchens eine Indikation ergaben, ganz abgesehen von den erwähnten erzieherischen Gründen, die gegen eine Interruptio sprachen. Es läßt sich fragen, ob wir es hier tatsächlich mit einem geistig gesunden Mädchen zu tun hatten, ob die Verfehlungen nur die Schuld einer Verwahrlosung waren, und ob das Mädchen durch den gewissenlosen Vater einfach verführt worden war. Bekanntlich sind blutschänderische Beziehungen nicht so selten, doch kommen sie meistens nur bei schweren Psychopathen vor, was aber natürlich deren Zurechnungsfähigkeit nicht ohne weiteres vermindert. In unserm Fall hatten wir keine Anhaltspunkte, eine abnorme Konstitution des Mädchens anzunehmen, doch wird erst dessen weiterer Lebenslauf hierüber eine sichere Auskunft geben.

Und endlich als letzten Fall unserer Kasuistik ein Beispiel aus einem Kulturkreis, in den, wie *Klaesi* sich ausdrückt, die „triebtötende Aufklärung und die enttierende Überfülle von Ansprüchen an Bequemlichkeit und Gesichertheit aller Art trotz der Bergbauernhilfe noch nicht hingekommen" sind:

Fall 21. Madeleine B., 18jährig, ledig, Dienstmädchen, französisch sprechende Walliserin, die in ihrer Stelle die Bekanntschaft eines Mannes machte, der sie angeblich auch heiraten wollte. Obgleich sie sich schon längere Zeit kannten, hatte sie sich ihm bis vor kurzem immer verweigert. Auf einem Spaziergang setzte sie der Freund durch Drohungen aller Art derart unter Druck, daß sie schließlich seinen Forderungen nachgab. Der Mann erklärte, er habe sie durch den Verkehr zur Heirat zwingen wollen. Jetzt war sie gravid, doch ohne den Mann zu lieben und ohne sich, wie sie sagte, als Mutter zu fühlen. Sie wollte das Kind oder samt ihm sich selbst töten, umso eher, als man zuhause unter gar keinen Umständen etwas von ihrem Unglück erfahren dürfe. Wir waren geneigt, diese Gefahrensituation als ernst aufzufassen, wollten aber, unserm Grundsatz getreu, nichts tun, ohne uns mit den Angehörigen in Verbindung gesetzt und diese zu Rate gezogen zu haben. Wir schrieben ihnen und konnten schließlich auch die Patientin dazu bringen, sich ihrer Mutter anzuvertrauen. Wenige Tage später erhielten wir aus dem kleinen Walliser Bergdorf einen Brief, in welchem die Mutter erklärte, sie und ihr Gatte duldeten es nicht, daß zu einem Unglück auch noch ein Verbrechen hinzugefügt werde. Sie verzeihe der Tochter völlig, sie solle heimkommen, wo sie in Ruhe das Kind erwarten könne, und sie alle wollten für dessen Aufziehung besorgt sein. Der schlichte, fromme Brief der armen Walliser Bergbauernfrau machte die Depression unserer Patientin sofort verschwinden. Getröstet, ruhig und froh trat sie die Heimreise an. Wenige Tage später erhielten wir von der Mutter einen Brief, die Tochter sei gut heimgekommen, und sie und ihr Gatte danken uns nochmals, daß wir die für alle anfänglich so betrübliche Angelegenheit so behandelt hätten, wie geschehen. Sieben Monate später aber schrieb sie uns bewegt, die Geburt sei gut vonstatten gegangen, Mutter und Kind seien gesund, und alle freuten sich und seien stolz auf den „wackern, kleinen Berner", den ihnen Gott geschenkt. —

Zusammenfassung.

An 146 einschlägigen Fällen von Schwangerschaften, die in den Jahren 1937, 1938 und 1939 zur Indikationsstellung in Bern in die psychiatrische Klinik und Poliklinik eingewiesen wurden, werden die Gesichtspunkte und Maßnahmen erörtert, welche in diesen Instituten bei der Beurteilung und Behandlung der Frage der Schwangerschaftsunterbrechung maßgebend sind. Erste Regel ist die, keinerlei Indikationen zu stellen, ohne wenigstens drei- bis viertägige klinische Beobachtung. Hiezu ist ein Eintritt in die klinische Abteilung der Heil- und Pflegeanstalt Waldau notwendig. Gleich wichtig ist aber andererseits der Grundsatz, schon vom allerersten Beginn der Expertise an nicht bloß die Aufgaben des Gutachters, sondern ebenso sehr diejenige des Arztes und Erziehers im Auge zu haben, und wo immer dringliche Gründe nicht dagegen sprechen, alles aufzubieten, um die Schwangere zu bestimmen zu versuchen, das Kind auszutragen. Wo es gelingt, wird gezeigt, wie zur weitern Förderung und Aufrichtung einer Gesuchsstellerin Fürsorgeinstitutionen und andere zu Hilfe gezogen werden.

Die Indikation zur Unterbrechung mußten in 38 Fällen gestellt werden. 28 Frauen wurden, um die Gefahr der Wiederkehr gleicher bedrohlicher Umstände zu verhüten, sterilisiert. Die einseitig soziale und die einseitig eugenische Indikation wurde selbstverständlich abgelehnt, doch zeigen die ausführlichen Krankengeschichten, daß soziale und erbbiologische Hinblicke mitunter in Erwägung gezogen werden mußten.

Über die Verteilung unseres Materials auf die verschiedenen Krankheitsgruppen und die Anzahl der durchgeführten Eingriffe (Unterbrechung und Sterilisation) gibt nachstehende Tabelle Auskunft.

Zusammenstellung sämtlicher, in die Klinik eingetretener Frauen.

	Unterbrechung allein		Sterilisation allein		Unterbrechung und Sterilisation		Weder Unterbrechung noch Sterilisation		Total
	verheiratet	ledig	verheiratet	ledig	verheiratet	ledig	verheiratet	ledig	
1. Reaktive Depressionen	2	10	—	—	4	—	3	1	20
2. Oligophrenien	—	—	1	1	2	8	5	6	23
3. Schizophrenien	—	—	—	—	1	2	—	—	3
4. Epilepsien	—	—	—	—	2	1	—	—	3
5. Psychopathien	—	1	—	2	2	2	1	—	8
6. Gesunde	1	—	—	—	—	—	12	11	24
Gesamtsumme	3	11	1	3	11	13	21	18	81

Bemerkung: 1 Witwe und 4 geschiedene Frauen wurden bei den Ledigen aufgeführt.

Literaturverzeichnis.

Bally, G.: Psycholog. Überlegungen zur Frage der Fruchtabtreibung. Schweiz. med. Wschr. *1930*, II.
Binder Hans: Psychiatrische Untersuchungen über die Folgen der operativen Sterilisierung der Frau durch partielle Tubenresektion. Schweiz. Arch. Neur., Bd. *40* (1937/38).
Binder Hans: Die uneheliche Mutterschaft. Bern *1941*.
Bleuler, E.: Lehrbuch der Psychiatrie. 5. Auflage. Berlin *1930*.
Boeters: Unfruchtbarmachung erblich Minderwertiger. Vererbung und Geschlechtsleben, *1926*, H. 1.
Brennecke, H.: Kritische Bemerkungen zu der Forschung Hoches und Bindings „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens". Psychiatr.-neurolog. Wschr., Jg. *23*, Nr. 1/2 (1921).
Brunner, C.: Die Schwangerschaftsunterbrechung nach psychiatr. Indikation. Helv. med. acta 4, *1937*.
Bucura, C.: Geburtshilfliche Richtlinien zu den psychiatr. u. neurolog. Indikationen zur Schwangerschaftsunterbrechung. Wien. klin. Wschr. *1931*, II.
Bürger, Hans: Zur verstehenden Psychologie der unehelich Schwangeren. Arch. Psychiatr., Bd. *72* (1924).
Chency, Clarence O.: Indication for therapeutic abortion. J. amer. med. Assoc. 103, *1934*.
Cole, Robert Henry: Discussion on indications and methods for termination of pregnancy before the variability of the child. Brit. med. journ. Nr. 3422, *1926*.
Decio, Cesare: Tre casi di ansia melanconica durante la gravidanza. Riv. d'ostet. e ginecol., Jg. 3, Nr. 7, *1921*.
Fornero, A.: Alcune osservazioni di nervosi melancolica emoclosica in gravidanza ed in puerperio. Riv. d'ostet. e ginecol., Jg. 4, Nr. 6, *1922*.
Frank, S.: Praktische Erfahrungen mit Kastrationen und Sterilisationen psychisch Defekter in der Schweiz. Mschr. Psychiatr., Bd. *57*, *58* (1925).
Gaupp: Die Unfruchtbarmachung geistig und sittlich Minderwertiger. Zentralbl. Neur., Bd. *42* (1926).
Herschmann, H.: Die neurolog. Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung. Wien. klin. Wschr., *1931*, II.
Hirschfeld, Siegbert: Die Bedeutung der Eugenik vom psychiatr.-neurolog. Standpunkt für Eheschließung und Schwangerschaft. Arch. Psychiatr., Bd. *77* (1926).
Horstmann, Wilh.: Zur Frage der Schwangerschaftsunterbrechung, bzw. Schwangerschaftsverhütung bei Geisteskranken und Psychopathen. Dtsch. Zeitschr. f. d. ges. gerichtl. Med., Bd. *5*, H. 6 (1925).
Ilberg, Georg: Über Schwangerschaftsunterbrechung. Allg. Z. Psychiatr., *102*, 1934.
Jaspers, Karl: Allgemeine Psychopathologie, 3. Auflage, Berlin *1923*.
Klaesi, Jakob: Klinische Vorlesungen.
Klaesi, Jakob: Über Geschlechts- und Geistesleben. Schweiz. med. Wschr., Bd. *46*, 1936.
Kohl: Über die Legalisierung des ärztlich indiz. Abortes unter besonderer Berücksichtigung eugenetischer Gesichtspunkte. Arch. f. Frauenkunde u. Konstitutionsforschung, Bd. *12* (1926).
Kankeleit: Abort u. Neurose. Münch. med. Wschr., *1929*, II.
Kogerer: Die psychiatr. Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung. Wien. klin. Wschr., *1931*, II.
Kolle: Psychiatrisches zur Frage der Schwangerschaftsunterbrechung. Mschr. Kriminalpsychol., Bd. *22* (1931).
Labhardt, Alfr.: Med. u. nicht-med. Indikation zur Sterilisation. Schweiz. med. Wschr. *1936*, I.
v. Liszt, Franz: Lehrbuch des deutschen Strafrechts. Guttaverlag *1911*.
Luxenburger, Hans: Psychiatrische Erblehre. München-Berlin, *1938*.
Maier, H. W.: Zum gegenwärtigen Stand der Frage der Kastration u. Sterilisation aus psychiatr. Indikation. Z. Neur., Bd. *98* (1925).
Maier, H. W.: Die Erweiterung der psychiatr. Indikation zum künstl. Abort. Vortrag in Jahresversammlung südwestdeutscher Psych.-Ver., 1924. Autoref. in Zentralbl., Bd. *40*, 1925.
Mayer, A.: Erfahrungen mit der Freigabe der Schwangerschaftsunterbrechungen in der Sowjetrepublik. Stuttgart *1933*.
Meyer, E.: Die Indikation für die Unterbrechung der Schwangerschaft und der Sterilisation bei Geistes- und Nervenkrankheiten. Zentralblatt f. Gynäkol., Jg. *45*, Nr. 16 (1921).

Meyer, E.: Die psychiatr.-neurolog. Indikationen für die Sterilisation der Frau. Wschr. f. Geburtshilfe u. Gynäkolog., Bd. *70*, H. 1/2 (1925).
Meyer, E.: Die psychiatr.-neurolog. Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft. Therapie der Gegenwart. Jg. *69*, H. 1 (1928).
Milt, B.: Einfluß der Sterilisation durch partielle Tubenresektion auf die Menstruation und das Geschlechtsleben. Z. Neur., Bd. *112*, H. 5 (1928).
Morgenthaler, W.: Schwangerschaftsunterbrechung und Psychotherapie. Psychotherapeut. Praxis 2, *1935*.
Morgenthaler, W.: Über die psychiatr. Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung. Schweiz. Arch. Neur. *27* (1931).
Naujoks, H.: Zur Legalisierung der Schwangerschaftsunterbrechung aus eugenischer Indikation. Dtsch. med. Wschr., *1934*, I.
Neuweiler, W.: Über den Ausgang unerwünschter Schwangerschaften. Mschr. für Geburtshilfe und Gynäkologie, *109* (1939).
Popenoe: Eugenische Sterilisierung. I. Internat. Kongreß für Sexualforschung, Berlin *1926*.
Rüdin, E.: Die erblichen Grundlagen einer eugenischen Unfruchtbarmachung. Dtsch. med. Wschr., *1932*, II.
Raimann, E.: Künstl. Schwangerschaftsunterbrechung bei Nerven- u. Geisteskrankheiten, Wien. klin. Wschr., *1937*, I.
Schneider, Kurt: Die psychopathischen Persönlichkeiten. 4. Auflage, Wien *1940*.
Singer, H. Douglas: Mental disease and the induction of abortion. J. amer. med. Assoc. *91*, 1938.
Stadler, Hans: Richtlinien für Schwangerschaftsunterbrechung u. Unfruchtbarmachung aus gesundheitlichen Gründen. München *1936*.
Steck, H.: Das Gesetz vom 3. September 1928 über Unfruchtbarmachung geistig Minderwertiger im Kt. Waadt und seine Anwendung. Allg. Z. Psychiatr. *99* (1933).
Steck, H.: La pratique de la stérilisation des anormaux psychiques dans le canton de Vaud. Rev. méd. Suisse rom. *55* (1935).
Steiner, Gabriel: Psychische Untersuchungen an Schwangeren. Arch. Psychiatr., Bd. *65*, H. 1/3 (1922).
Stooß, Carl: Die Grundzüge des Schweiz. Strafrechts. *1892*.
Wanner, F.: La loi sur la stérilisation des personnes privées de discernement et son fonctionnement dans le canton de Vaud pendant la première année. Encéphale *25*, Suppl. 7 (1930).
Wantoch, Hans: Zur Frage der Sterilisation und Kastration geistig und sexuell Abnormer. Schweiz. med. Wschr. *1934*, I.
Winter, Georg u. *Naujoks, Hans:* Der künstl. Abort. Stuttgart *1932*.
Wyrsch, Jakob: Über die Psychopathologie einfacher Schizophrenien. Mschr .Psychiatr. *102* (1940).
Zolliker, Adolf: Die nervenärztliche Beurteilung der Schwangerschaftsfähigkeit. Schweiz. Arch. Neur. *40*, 1937/38.
Zurukzoglu: Verhütung erbkranken Nachwuchses. Basel *1938*.